Agir selon ce que nous savons :
La prévention du suicide chez les jeunes des premières nations

Le rapport du Comité consultatif sur la prévention du suicide

La Prévention du suicide chez les jeunes des première nations

105-00628/

Agir selon ce que nous savons :

La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations

Table des matières

Résumé **7**

Section 1

Savoir et agir : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations **19**

Introduction 19
Origine du Comité consultatif sur la prévention du suicide 20
Méthodologie 20
Description du présent rapport 22

Section 2

Introduction au problème **27**

Introduction 27
Principales données sur le suicide 27
Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est élevé 27
Les suicides sont à la hausse dans certaines collectivités 29
Les taux de suicide diffèrent selon les conseils de tribu et les groupes linguistiques 31
Les suicides varient selon les facteurs de continuité culturelle 32
Les taux de suicide chez les jeunes diffèrent selon le sexe 34
Les taux de dépression et de stress grave au sein des Premières nations sont élevés 35
Pour de nombreux jeunes des Premières nations, le domicile n'est pas un refuge sûr 37
Thèmes fréquents dans les études existantes 39
La médicalisation et la nécessité d'un partenariat harmonieux entre les stratégies biomédicales et les méthodes traditionnelles de guérison 39
La honte des troubles affectifs et psychologiques 40
Le suicide peut être plus fréquent parmi les groupes marginaux 41
Les différences de sexe : pourquoi les suicidés sont généralement des jeunes hommes 43
Dépolitisation des questions, politisation des jeunes 44
Conclusion 45

Section 3

Partie 1 : Adopter une stratégie de prévention fondée sur les faits **49**

Études des programmes de prévention du suicide actuellement en place chez les Autochtones 49

Pratiques actuelles de prévention : primaires, secondaires (« intervention ») et tertiaires (« post-intervention ») 51

Éléments des programmes de prévention du suicide efficaces 53

Le rôle des professionnels de la santé 55

Les stratégies scolaires 57

Les stratégies communautaires 58

Lignes directrices pour prévenir efficacement le suicide 61

Lignes directrices recommandées 63

Orientation 63

Coordination 63

Prévention 64

Intervention 66

Post-intervention 67

Évaluation 67

Résumé et objectifs 68

Recommandations 69

Partie 2 : Vers des services de santé holistiques intégrés et efficaces aux paliers national et régional **73**

Description des programmes existants 73

Problèmes des programmes actuels 75

Les racines du problème 81

Solutions 82

Objectifs 82

Recommandations 84

Partie 3 : L'importance des stratégies établies par les collectivités **89**

Introduction 89

Pourquoi faire participer les collectivités 90

Optique large et adaptation aux besoins de la collectivité 91

Traitement des causes profondes du suicide 91

Inclusion de tous les stades et niveaux de prévention 92

Participation active des jeunes 92

Meilleures méthodes de participation communautaire 94

Résumé et objectifs 96

Recommandations 97

Partie 4 : Identité, force morale & culture **101**
L'identité 101
La force morale 103
Culture 105
La spiritualité 110
Objectifs 112
Recommandations 113

Section 4
Conclusion **115**

Références **119**

Annexe A
Comité consultatif sur la prévention du suicide 133

Annexe B
Groupe d'experts sur la prévention du suicide 137

Annexe C
Liste des documents étudiés 139

Annexe D
Étude des stratégies de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale dans les collectivités des Premières nations 149

Annexe E
Analyse des services de santé mentale financés par le SSNA : répercussions sur le suicide chez les jeunes des Premières nations 161

Annexe F
Lignes directrices d'évaluation des collectivités 175

Annexe G
Le développement communautaire 1191

Annexe H
Infrastructure administrative recommandée pour appuyer les projets pilotes 199

Annexe I
Glossaire 203

Résumé

Au cours des dernières années, les jeunes des Premières nations se sont suicidés à une cadence très inquiétante. Selon les statistiques, le taux de suicide chez les Autochtones est de deux à trois fois plus élevé que celui du reste du Canada, et on évalue de cinq à six fois plus élevé le taux de suicide chez les jeunes Autochtones par rapport à celui des autres jeunes Canadiens.

En juillet 2001, le chef national Matthew Coon Come, de l'Assemblée des Premières nations et l'ex-ministre de la Santé Allan Rock ont établi un Comité consultatif sur la prévention du suicide et lui ont donné le mandat d'étudier les données existantes sur la question et de formuler une série de recommandations pragmatiques et pouvant être prises afin de couper court à la vague de suicides qui sévit chez les jeunes des Premières nations des quatre coins du Canada.

Le Comité consultatif s'est rencontré entre juillet 2001 et juin 2002 pour travailler à cette tâche. À travers discussions, étude des documents sur la question et rédaction de rapports de synthèse, le groupe a relevé les problèmes les plus importants puis formulé les recommandations correspondantes. Le présent rapport constitue tant une étude de ces questions, des données de base sur le suicide aux facteurs qui touchent particulièrement les Premières nations qu'une série de recommandations concrètes faites à partir de cette étude.

Les recommandations suivantes se partagent en quatre grands thèmes : (1) l'approfondissement des connaissances sur les mesures efficaces de prévention du suicide; (2) la mise en place de services de santé plus efficaces et mieux intégrés aux paliers national, régional et local; (3) l'appui des mesures mises en œuvre par les collectivités; et (4) l'établissement de stratégies visant à améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes.

[1] Commission royale sur les peuples autochtones, *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*, Ottawa, Ontario, 1995.

L'adoption d'une seule stratégie a peu de chances de donner des résultats. Afin de réduire le risque de suicide, il est vital de mettre en œuvre des changements sur plusieurs plans aux systèmes de soutien des jeunes, des familles et des collectivités en crise. Le présent rapport propose une série de mesures concrètes dont certaines peuvent être prises immédiatement par les gouvernements et les organismes autochtones. Nous espérons que ces recommandations permettront d'établir par la coopération des mesures actives de prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS VISANT À PRÉVENIR LES SUICIDES CHEZ LES JEUNES DES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS

APPROFONDIR NOS CONNAISSANCES SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE DANS LES COLLECTIVITÉS DES PREMIÈRES NATIONS

NOUS RECOMMANDONS

À court terme :

- Que Santé Canada, l'Institut de la santé des Autochtones (l'ISA, des Instituts de recherche en santé du Canada) et les autres organismes régionaux et nationaux jugent prioritaires les recherches relatives au suicide dans les collectivités des Premières nations, affectent des budgets pour financer ces recherches et émettent un appel de propositions spécial.

- Que Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations (APN) et les autres organismes s'assurent que les programmes de prévention du suicide éventuellement mis en place comportent une phase d'évaluation systématique et indépendante.

- Que les études pilotes et les projets de démonstration comportent des objectifs précis et un plan pour la prochaine étape de développement afin de guider l'élaboration des programmes suivants.

- Que l'ISA établisse un groupe chargé de coordonner les recherches portant sur la santé mentale, les troubles mentaux et la prévention du suicide afin :

    a) d'encourager la tenue de sondages et d'évaluations de façon à permettre de colliger les résultats et de comparer collectivités et régions;

b) de coopérer avec les groupes locaux afin d'effectuer des études bien conçues sur l'épidémiologie et l'évaluation des résultats;

c) d'encourager le partage des données et la diffusion des résultats afin d'éduquer le public et sensibiliser les collectivités (voir l'annexe H, Figure I).

À long terme :

- Que Santé Canada établisse des liens avec l'ISA, l'APN, l'ONSA (Organisation nationale de la santé autochtone), l' Association autochtone de la santé mentale du Canada (AASMC), l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) et d'autres organismes pour tenir un congrès national sur la prévention du suicide afin de faire avancer le dialogue au sujet du suicide, faciliter le transfert de compétences, tenir des ateliers sur la collecte des données, et effectuer des évaluations et informer les collectivités des avantages d'un partage ouvert des données épidémiologiques et évaluatives.

- Que l'ISA et l'ONSA créent un centre d'échange national et un site Web sur les modèles de pratiques exemplaires et les méthodes de recherche et d'évaluation de santé appropriés à la culture des collectivités et populations autochtones. Ces ressources pourraient être liées à des groupes et des sites semblables d'autres pays comme les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande qui s'intéressent aussi à la santé mentale des collectivités autochtones.

METTRE SUR PIED DES SERVICES DE SANTÉ HOLISTIQUES INTÉGRÉS ET EFFICACES AUX PALIERS NATIONAL, RÉGIONAL ET LOCAL

NOUS RECOMMANDONS

À court terme :

- Que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, de concert avec l'APN, étudie et réévalue le mandat du programme de services de santé non assurés (SSNA), tel qu'il a été proposé par la directive provisoire du programme pour les services de santé mentale de mars 1994, afin d'établir à quel degré ce programme répond aux besoins des collectivités en crise. De plus, que les bureaux régionaux de la DGSPNI encouragent une plus grande latitude et une interprétation plus large du mandat du SSNA relatif aux services de santé mentale afin d'élargir l'accès à ces services dans les réserves de toutes les régions.

- Que soient augmentés les budgets affectés aux services de santé mentale par le SSNA et que soit prévu un budget pour les praticiens de médecine traditionnelle.

- Qu'un projet pilote établi à l'aide des « Lignes directrices d'évaluation des collectivités en crise » soit effectué (voir à l'annexe F une ébauche de ces lignes directrices) afin de faire participer les collectivités dans un processus pouvant dépister les conditions préalables et évaluer leur degré de risque relatif au suicide.

- Que Santé Canada affecte des ressources à l'élaboration de documents éducatifs pertinents et adaptés aux différences culturelles (p. ex., vidéos, affiches, dépliants). Ces documents devraient autant traiter de questions comme la recherche d'aide en cas de crise ou de dépression que promouvoir le bien-être et la santé mentale.

À moyen terme :

- Que Santé Canada lance et soutienne la création d'une stratégie nationale complète sur la santé mentale des Premières nations (notamment le mandat, les politiques et les programmes) qui intégrerait des perspectives holistiques dans le but de faire face au suicide, aux troubles mentaux et aux autres graves problèmes mentaux, physiques, affectifs et spirituels qui sévissent dans les collectivités des Premières nations.

- Que soient réévaluées les méthodes actuelles d'allocation budgétaire (p. ex., par proposition ou par habitant) afin d'assurer que les ressources affectées aux services de santé mentale pour les collectivités des Premières nations le soient selon des besoins réels tels qu'établis par un processus d'évaluation normalisé. Une évaluation du programme fondée sur les résultats attendus par les clients et les collectivités servira de base pour les décisions sur l'affectation des budgets suivants.

- Qu'avec l'aide d'experts-conseils cliniques, la DGSPNI étudie et évalue les tendances d'utilisation des médicaments psychotropes par rapport aux dépenses actuelles. Cette évaluation pourra établir si les antidépresseurs et autres médicaments sont utilisés de façon appropriée et s'il vaudrait mieux réaffecter une certaine tranche du budget de la DGSPNI à des interventions non pharmacologiques.

- Que soient formés en gestion des cas, en techniques de réunion des intéressés et en d'autres modèles à l'appui des services intégrés aux clients et de la coopération pluridisciplinaire les responsables de la prestation des services de santé mentale, des services de santé holistique et des services sociaux. Qu'ils soient également formés en

prévention du suicide, en reconnaissance des signes de dépression, en évaluation des risques de suicide et en utilisation des techniques d'approche communautaire, et que Santé Canada, de concert avec l'APN, finance ces sessions de formation.

- Que les professionnels désignés travaillant au sein des collectivités des Premières nations, notamment les médecins, soient rémunérés par un tarif quotidien plutôt que par le paiement à l'acte afin d'encourager une plus grande supervision clinique, de plus fréquentes réunions des intéressés, une meilleure gestion des cas et des approches de coopération pluridisciplinaire.

- Que Santé Canada conçoive et mette en place un service national de consultation en cas de crise afin de repérer les collectivités où le risque de suicide est le plus élevé. Par exemple, il est possible d'établir à l'échelle nationale un système d'évaluation des collectivités (mentionné ci-dessus au point 9) pour aider les collectivités à évaluer leur état psychologique et social et leur utilisation de toutes les sources nationales et provinciales d'assistance financière relative à la santé mentale et des autres services (p. ex., les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé, le SSNA, le PNLAADA, la Fondation pour la guérison des Autochtones, les services à l'enfance et à la famille, etc.).

- Qu'on s'efforce, lorsqu'une collectivité est dépistée comme étant en crise (selon le système d'évaluation des collectivités), d'améliorer les ressources en services de santé requises et de s'assurer que ces services sont disponibles et accessibles par et dans la collectivité. Cette évaluation devrait être mise en contexte et expliquée à la collectivité en termes positifs et de façon constructive. Il faudrait offrir activement aux collectivités dont le risque de suicide est élevé des services de santé

mentale professionnels et des services de santé traditionnels ou culturels avant l'éclatement des crises.

- Que Santé Canada finance l'établissement et la gestion d'un groupe national de conseillers composé de praticiens en santé mentale, notamment des praticiens traditionnels, disposant d'une solide expérience en intervention d'urgence, en prévention du suicide et en pratique ou recherche clinique au sein des Premières nations. Ce groupe pourrait se réunir régulièrement afin d'évaluer les progrès en intervention d'urgence, en prévention du suicide et en post-intervention, pour conseiller la DGSPNI et l'APN et mettre sur pied un réseau de soutien auquel les travailleurs communautaires pourraient faire appel.

À long terme :

- Que ce groupe de conseillers élabore et mette en œuvre un plan de soutien des travailleurs communautaires par le biais de consultations, d'établissement de réseaux et de suivi en continu à l'aide des technologies accessibles (p. ex., visites sur place après invitation, Internet et site Web, télépsychiatrie, documents multimédias, etc.). Ce plan devrait comporter un programme de formation ou d'apprentissage. L'échange d'information entre les conseillers et les travailleurs communautaires s'effectuerait dans les deux sens afin de pouvoir tenir à jour les profils des collectivités.

APPUYER LES MESURES MISES EN ŒUVRE PAR LES COLLECTIVITÉS

NOUS RECOMMANDONS

À court terme :

- Que Santé Canada fournisse aux collectivités des lignes directrices et leur indique les ressources (conseillers, documents imprimés, ou établissement de liens avec d'autres professionnels ou collectivités), leur permettant d'élaborer un programme communautaire de post-intervention selon les lignes directrices établies par les *Center for Disease Control* américains, qui puisse servir de base à l'établissement d'un projet et d'un plan communautaires de prévention du suicide; ces projets pourront comporter des mesures communautaires de guérison et des regroupements de mieux-être.

À moyen terme :

- Que Santé Canada, en partenariat avec les Premières nations, lance des projets pilotes, à l'aide d'une méthodologie formelle de développement communautaire, afin de faire participer les collectivités dans le but d'élaborer des interventions qui utilisent les capacités, les ressources et les atouts existants d'une collectivité pour aider les jeunes à risque, et qu'on demande à des intervenants habiles à utiliser ces approches en vue d'orienter ce processus.
  Si une collectivité ne dispose d'aucun membre compétent, qu'on fasse appel à un intervenant de l'extérieur pour présenter ce processus, agir comme médiateur et préparer des membres locaux de la collectivité à prendre la relève pour les processus suivants. Ces intervenants devraient connaître l'histoire des Premières nations, leurs cultures, leurs collectivités et les tensions entre les forces oppressantes du passé et les conditions préalables à l'autodétermination. Ils devraient aussi passer par une étape d'orientation dans chaque collectivité avec laquelle ils travaillent.

- Que Santé Canada mette sur pied et rende disponible un groupe d'intervenants qui connaissent bien les cultures des Premières nations et sont compétents dans les processus, les techniques et la théorie formelle de développement communautaire (voir l'annexe G), et qui ont aussi passé par une période d'orientation donnée par la collectivité dans laquelle ils seront appelés à travailler. Ces intervenants pourraient encourager ou mettre en place le processus de participation de la collectivité et en préparer les membres à soutenir ensuite ce processus de participation.

- Que Santé Canada débloque des fonds pour défrayer les frais du processus de participation des collectivités. Les critères d'établissement des projets pilotes devraient accorder une importance particulière aux idées des jeunes et tenir compte des différences entre les diverses collectivités et régions du Canada.

- Que soit créé un comité national comprenant des représentants de Santé Canada et de l'APN chargé d'élaborer les critères à utiliser pour repérer les collectivités visées par les projets pilotes de participation communautaire. Les bureaux régionaux de Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations, pourraient ensuite appliquer ces critères afin de dresser une liste des collectivités possédant des caractéristiques variées comme l'éloignement et l'isolation, l'état des services de santé transférés et le degré de risque de suicide.

- Que ces projets pilotes soient appuyés par une structure administrative qui encourage la coopération entre les gouvernements fédéral et provinciaux (voir l'annexe H pour de plus amples détails).
  Que cette infrastructure administrative soit intégrée aux structures de soutien des initiatives cliniques et des projets de

recherche décrits dans la Section 1 du présent rapport. Par exemple, le Comité national pourrait élaborer et distribuer une trousse de renseignements sur les « pratiques exemplaires » en matière de prévention du suicide et assurer la coordination entre les diverses sources de financement afin d'appuyer les idées provenant des processus de développement communautaire.

- Que chacune des collectivités puisse avoir un comité de coordination qui serait responsable de maintenir le processus de participation de la collectivité et d'assurer que des initiatives précises sont élaborées, mises en œuvre et évaluées. Les membres de ce comité de coordination devraient provenir de tous les groupes intéressés : aînés de la collectivité, jeunes, praticiens culturels et traditionnels, travailleurs en santé, éducateurs, travailleurs sociaux et représentants du gouvernement provincial et de Santé Canada.

AMÉLIORER LA FORCE MORALE, RENFORCER L'IDENTITÉ ET APPUYER LA CULTURE DES JEUNES

NOUS RECOMMANDONS

À court terme :

- Que le Conseil des jeunes de l'APN, en collaboration avec Santé Canada et le secrétariat de la santé de l'APN, se réunissent afin de discuter des recommandations du présent rapport, d'indiquer les recommandations les plus significatives auprès des jeunes et de recommander les mécanismes les mieux en mesure de les mettre sur pied.

- Que Santé Canada et l'APN mettent sur pied un comité d'établissement de réseaux chargé d'encourager les jeunes à jouer le rôle et assumer la responsabilité de conseillers auprès

de leurs pairs, de guérisseurs naturels et de modèles à suivre, idéalement de concert avec une campagne publicitaire multimédia qui donnerait des images positives des jeunes des Premières nations.

- Que Santé Canada et l'APN puisent parmi les initiatives existantes les fonds nécessaires pour repérer les modèles de pratiques exemplaires de soutien des parents et du mieux-être des familles au sein des collectivités des Premières nations.

- Que Santé Canada et l'APN coopèrent avec l'ISA et l'ONSA afin d'encourager l'élaboration de projets visant à améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes.

Section 1

Savoir et agir : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations

Introduction

En 1969, Harold Cardinal[1] a rappelé aux Canadiens que la nouvelle génération des autochtones était devenue majoritaire, avait de grands espoirs et moins de patience face au changement de leurs aînés. Aujourd'hui, les jeunes des Premières nations nous manifestent leur présence non seulement par leur nombre, mais aussi par leurs vies et leurs décès, qui ont attiré l'attention des médias. L'agitation règne chez bon nombre d'entre eux et leur soif de culture, d'identité et d'un avenir fait couler beaucoup d'encre.

En ce moment, le suicide chez les jeunes des Premières nations inquiète plus que jamais. Une bonne part de cette inquiétude a été entraînée par une série de drames survenus dans des collectivités comme celles de Pikangikum et Sheshatshiu ainsi que par les discussions dans les médias et la sphère politique à propos de ces événements. Or, comme la couverture médiatique de ces événements dépasse les frontières, les espoirs déçus des collectivités des Premières nations ont touché le monde entier et non seulement le Canada. L'image des jeunes des Premières nations est celle d'enfants confus et surnuméraires dont les vies gaspillées coûtent cher à la société. Mais surtout, cet outrage public a aidé à alerter la conscience des collectivités et a poussé à l'action tous les paliers de gouvernement. En parallèle, on reconnaît de plus en plus que la question du suicide chez les jeunes a été trop banalisée.

1 Harold Cardinal. *The Unjust Society*. Publié à nouveau en 1999 par Douglas and McIntyre.

Origine du Comité consultatif sur la prévention du suicide

En 2001, le chef national Matthew Coon Come, de l'Assemblée des Premières nations, et l'ex-ministre de la Santé Allan Rock ont établi un comité de huit chercheurs et professionnels de la santé, tant autochtones que non autochtones, et lui ont donné le mandat de formuler une série de recommandations visant à réduire le suicide chez les jeunes des Premières nations. Les membres du Comité consultatif sur la prévention du suicide ont été choisis par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada en vertu de leurs connaissances et leur vaste expérience en prévention du suicide, en promotion de la santé et en développement des collectivités autochtones. Vous trouverez à l'annexe A un profil de chacun des membres du comité.

Le chef national Coon Come et le ministre Rock ont donné au Comité le mandat d'élaborer des stratégies de réduction du suicide précises et pragmatiques, à court et à long terme, à partir d'une étude des documents existants pourtant sur cette question et d'une évaluation des lacunes dans la prestation des services.

Méthodologie

Le Comité a établi un mandat détaillé (voir annexe B) qui insiste sur le besoin d'établir des stratégies visant à aider les collectivités à risque à élaborer leurs propres mesures de prévention du suicide. La tâche principale du Comité consultatif a été d'étudier les documents existants sur le sujet et leurs recommandations à propos du suicide chez les jeunes des Premières nations puis de proposer des stratégies de prévention à court et à long terme concrètes et réalistes.

Pendant plusieurs mois, les membres du Comité se sont rencontrés pour établir plus clairement leur tâche, cerner les principales questions à traiter et coopérer à des études et des débats sur ces questions. Tous ces efforts ont mené à l'élaboration des constats et

des recommandations du présent rapport. Vous trouverez à l'annexe C la liste complète des documents consultés.

Les échéances de rédaction de ce rapport ont toutefois empêché la participation directe, par consultations, des jeunes des Premières nations. Le Comité a signalé que les opinions et les conseils des collectivités des Premières nations ont déjà été exprimés à maintes reprises et qu'ils faisaient partie des documents à l'étude (notamment *Choisir la vie*[2], le rapport spécial sur le suicide de la Commission royale sur les peuples autochtones, et la Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski[3]).

Le Comité a donc décidé, pour des raisons purement pragmatiques, d'étudier les commentaires déjà exprimés par les jeunes des Premières nations et d'assurer que les recommandations du présent rapport en tiennent compte. Il a aussi décidé d'établir à la fin de la rédaction du rapport un groupe de concertation composé de dirigeants, de parents et de jeunes des Premières nations afin de fournir des commentaires sur le rapport et les recommandations du Comité consultatif (voir la recommandation 29 du Résumé).

Quatre grandes questions ou thèmes principaux liés au suicide chez les jeunes des Premières nations ont ressorti des études et des débats : (1) le besoin d'une stratégie fondée sur les faits; (2) le besoin de soins de santé efficaces et intégrés; (3) l'importance des stratégies dirigées par les collectivités; et (4) l'insistance d'améliorer la force morale, de renforcer l'identité et d'appuyer la culture des jeunes. Ces thèmes sont abordés dans les parties 1 à 4 de la Section 3 du présent rapport. Après un grand nombre de discussions, le Comité consultatif est arrivé à un consensus sur 31 recommandations qui peuvent être mises en œuvre à court terme (d'ici 6 mois), à moyen terme (d'ici un an) et à long terme (dans au

[2] Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA], *Choisir la vie : Un rapport spécial sur le suicide chez les autochtones*, Ottawa, Ontario, 1995.
[3] Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski, 1995 – *Horizons of Hope: An Empowering Journey, Final Report*. Thunder Bay, Ontario.

moins un an) afin de faire face aux quatre grandes questions liées au suicide chez les jeunes des Premières nations.

Description du présent rapport

Le présent rapport poursuit le dialogue sur le suicide chez les jeunes des Premières nations par une étude de la portée du problème selon les diverses perspectives du domaine de recherche et l'étude du rôle des programmes gouvernementaux, des mesures prises par les collectivités et des choix de chacun.

Le Comité consultatif a tenté d'étudier la question du suicide chez les jeunes des Premières nations selon de nombreux points de vue différents et a réfléchi profondément sur les solutions les plus utiles pour les collectivités autochtones. Il importe toutefois de signaler que le présent rapport ne traite pas directement des besoins pressants des collectivités autochtones relatifs à la pauvreté, au chômage, au surpeuplement et aux logements inadéquats. Les conditions socioéconomiques chroniques qui sévissent toujours au sein des Premières nations ont été largement décrites ailleurs et dépassent le cadre de la présente étude; elles ne sont donc mentionnées ici que succinctement. Il faudra beaucoup plus d'efforts tant pour établir l'incidence des lacunes dans les services fondamentaux sur le comportement suicidaire des jeunes des Premières nations que pour affecter les ressources nécessaires pour faire face à ce problème.

Certains des problèmes des jeunes des Premières nations vivant dans les réserves trouvent leur écho chez leurs compatriotes vivant en milieu urbain; le propos du présent rapport se limite toutefois aux autochtones des réserves et des collectivités rurales éloignées.

La première section, *Introduction au problème*, donne un résumé de quelques données importantes sur le suicide. Afin d'établir le contexte des suicides chez les jeunes des Premières nations, cette section dresse les grandes lignes des observations des études

précédentes. Il est clair que la détresse de ces jeunes n'est que le reflet de problèmes familiaux, communautaires et historiques plus profonds.

Le rapport présente ensuite les quatre grands domaines dans lesquels se partagent les mesures recommandées. La première partie, intitulée *Ce que nous savons : adopter une stratégie fondée sur les faits*, traite de la nécessité d'effectuer d'autres études et de recueillir d'autres données afin de combler les lacunes dans nos connaissances actuelles. La deuxième partie, *Vers des services de santé holistiques intégrés et efficaces aux paliers national et régional*, attire l'attention sur le manque d'un mandat national sur les services de santé mentale et de coordination des mécanismes de financement.

La troisième partie, *L'importance des stratégies établies par les collectivités*, traite de la nécessité pour les collectivités de faire face à ce problème et de diriger les processus établis pour contrer et prévenir le suicide chez les jeunes des Premières nations. La quatrième partie, *Améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes*, traite de l'importance de soutenir les jeunes autochtones et les aider à prendre de saines décisions lorsqu'ils tentent de résoudre leurs problèmes.

La conclusion fournit les lignes directrices et les normes proposées pour la mise en place des recommandations du présent rapport. Les annexes ci-jointes présentent des exemples de programmes recommandés de prévention du suicide, une suggestion de structure administrative visant à coordonner les projets pilotes à l'échelle nationale, régionale et locale ainsi que l'ébauche d'un outil visant à aider les collectivités des Premières nations à évaluer les risques de suicide chez les jeunes (les collectivités sont invitées à l'adapter, à l'élaborer et à l'utiliser chez elles). D'autres renseignements détaillés sont aussi fournis sur les programmes

financés par le gouvernement fédéral et sur les stratégies de développement des collectivités.

Les échéances et le mandat du Comité consultatif ont imposé certaines limites au présent rapport, et il importe que le lecteur en soit conscient dès le départ, c'est-à-dire ce dont traite ce rapport et ce qu'il ignore :

- L'intention n'est pas d'imposer des idées étrangères aux collectivités des Premières nations; elle est plutôt de s'inspirer des conclusions tirées d'autres sources comme les premières études américaines ainsi que des sources et des stratégies particulières aux Autochtones.

- Le rapport insiste sur la prise de décision fondée sur des preuves; comme cela est au cœur du rapport, il a pris par nécessité une nature plus technique.

- La diversité des Premières nations n'est pas réellement traitée : le sujet central est le suicide, qui touche tout le monde, et l'objectif était de cerner les problèmes communs.

- Ce rapport insiste surtout sur les collectivités rurales (et des réserves) malgré la tendance d'une migration des collectivités des réserves vers les villes et villages, car il y a un manque criant de données sur la situation des membres des Premières nations vivant en milieu urbain. Le présent rapport ne parle pas directement de l'intégration des services dans des provinces ou des territoires particuliers.

- L'objectif premier est d'influencer les politiques en matière de prévention du suicide; par conséquent, il ne traite ni des mouvements thérapeutiques ni des services de santé courants des collectivités. Bien que les approches traditionnelles ne soient pas un thème principal, le rapport reconnaît le rôle

crucial de la spiritualité dans les efforts d'amélioration de la santé des collectivités.

- Le choix compte dans la prévention du suicide; le rapport évite par conséquent de préconiser l'une ou l'autre des approches holistiques que peuvent adopter les collectivités.

- Les solutions se trouvent dans chacune des collectivités. La stratégie de prévention du suicide adoptée devra donc être exhaustive et toucher tous les aspects de la vie des particuliers, des familles et des collectivités des Premières nations, à défaut de quoi, elle restera inefficace. En d'autres termes, les collectivités et les gouvernements ne pourront prévenir efficacement le suicide que s'ils travaillent de concert aux efforts de prévention.

- La présente analyse doit manifestement être approfondie au plan communautaire; on peut en fait considérer ce rapport comme un document en évolution. Par exemple, les dirigeants des collectivités, comme les Chefs et les Conseils, les guérisseurs et guérisseuses, ainsi que les Aînés sont des ressources cruciales et constituent les gardiens de la santé et des services de santé des collectivités des Premières nations; le présent rapport n'a cependant pas exploré ces caractéristiques des collectivités.

Section 2

Introduction au problème

Introduction

Une étude des documents déjà publiés à ce sujet démontre qu'aux quatre coins du Canada, les jeunes des Premières nations se suicident à un rythme très inquiétant. Malgré tout, il devrait être possible de réduire ce taux de suicide en modifiant sur plusieurs plans les systèmes sur lesquels s'appuient en période de crise les particuliers, les familles et les collectivités. De nombreux jeunes des Premières nations sont isolés et pauvres, et ne disposent ni des services de base ni de relations familiales qui peuvent leur offrir le soutien dont ils ont besoin. En outre, la colonisation, la marginalisation et de rapides changements culturels les ont laissés à la dérive au milieu de valeurs et de croyances étrangères, et leur identité est source de conflits profonds. Il faut donc adopter une perspective très large tant pour étudier la question du suicide que pour proposer des mesures concrètes à adopter.

Principales données sur le suicide

Le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est élevé

Le suicide est de cinq à six fois plus fréquent chez les jeunes des Premières nations que chez les autres jeunes Canadiens.[4] La dernière édition de *La santé des enfants du Canada* (Institut canadien de la santé infantile[5]) a comparé les taux de suicide entre 1989 et 1993 parmi les Canadiens en général et les Autochtones en particulier pour les tranches d'âge 0-14 ans et 15-24 ans, et le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est extrêmement élevé (Figure 1). Chez les hommes Autochtones de 15 à 24 ans, ce taux est de 126 par 100 000, contre 24 par 100 000 chez les Canadiens du même groupe d'âge. Chez les jeunes femmes des

[4] CRPA, *Choisir la vie*, op. cit.
[5] Institut canadien de la santé infantile, Ottawa, Ontario, 2000.

Premières nations, ce taux est de 35 par 100 000, par opposition à 5 par 100 000 à peine chez les Canadiennes.

Les études régionales ont aussi mis en évidence le grave problème du suicide chez les jeunes Autochtones. Les figures 2 et 3 illustrent bien un taux de suicide constamment très élevé chez les jeunes des Premières nations de Colombie-Britannique. Dans cette province, le taux annuel de suicide des jeunes Autochtones de 15 à 24 ans a atteint 108,4 par 100 000 sur cinq ans (entre 1987 et 1992), contre un taux de 24,0 par 100 000 pendant la même période pour les jeunes non-autochtones. Par conséquent, le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations est en Colombie-Britannique 4,5 fois plus élevé que celui des jeunes non-Autochtones.

Figure 1 : Taux de décès par suicide
Population des Premières nations et du Canada, 1989-1993

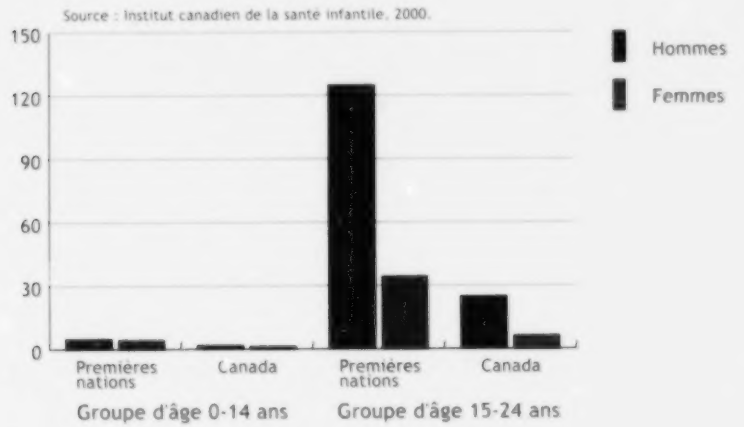


Figure 2 : Taux de suicide en Colombie-Britannique 1987-1992

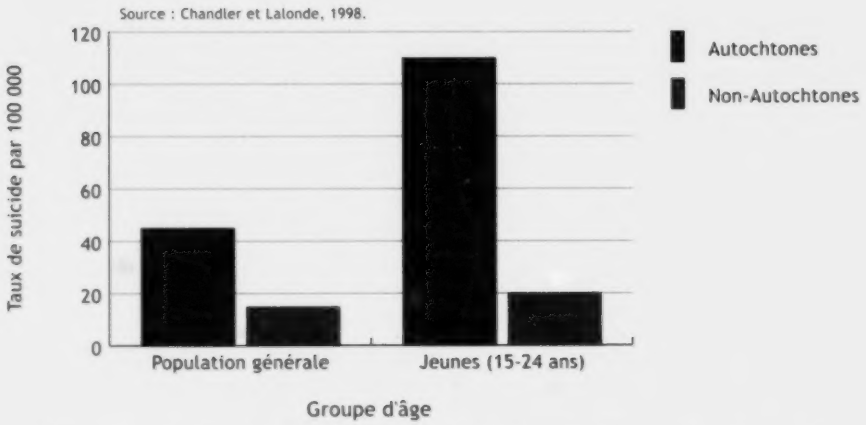
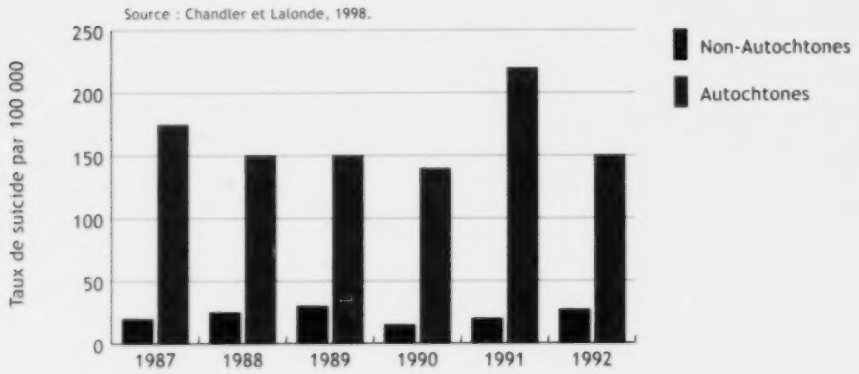


Figure 3 : Taux de suicide en Colombie-Britannique chez les Autochtones et la population générale (taux comparatif de mortalité, 1987-1992)



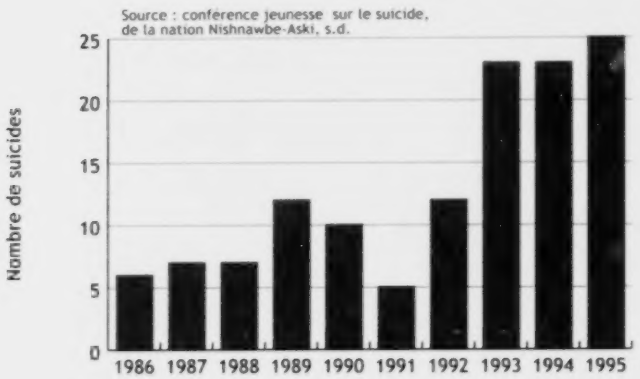
Les suicides sont à la hausse dans certaines collectivités

La Figure 4 montre que le taux de suicide chez les jeunes Nishnawbe-Aski, du Nord de l'Ontario, est non seulement très élevé mais surtout qu'il s'aggrave. Le nombre de suicides est passé de cinq en 1986 (la première année où ces données ont été recueillies) à vingt-cinq en 1995, une hausse effarante de 400 pour cent au cours de la période de 10 ans illustrée.[1] Des données semblables pour les collectivités du Sud de l'Ontario sont toutefois plus difficiles à trouver; il serait pourtant utile d'évaluer l'incidence de l'isolation

[1] Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski, *Horizons of Hope: An Empowering Journey*, Thunder Bay, Ontario, 1996.

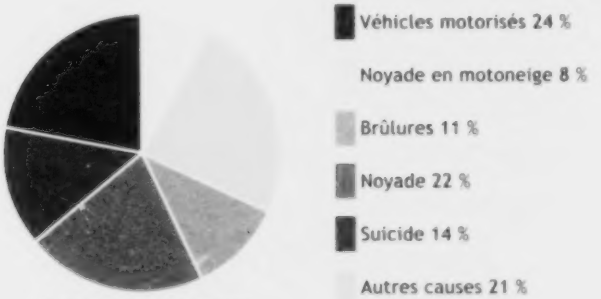
géographique, de l'éloignement et d'autres facteurs sociaux sur le suicide chez les jeunes des Premières nations. Étudier la variation de ces taux entre les collectivités pourrait fournir de précieux indices sur la prévention du suicide.

Figure 4 : Tendances - suicides réussis dans la nation Nishnawbe-Aski



Au Québec, chez les Cris de l'est de la Baie James, 14 pour cent des décès par blessures en dix ans ont été attribués au suicide (Figure 5). Seuls les véhicules motorisés et les noyades ont tué plus que le suicide. La part des blessures mortelles qui étaient en fait des suicides qui n'ont pas été reconnus comme tels est inconnue. (Le taux de suicide chez les Cris de l'est de la Baie James n'était pas plus élevé que celui du reste des Canadiens; il a toutefois augmenté pendant la période visée.)

Figure 5 : Décès par suicide et autres causes Cree de l'est de la Baie James Bay 1982-92, (n=72)



Source : étude sur les blessures chez les Cris, 1997.

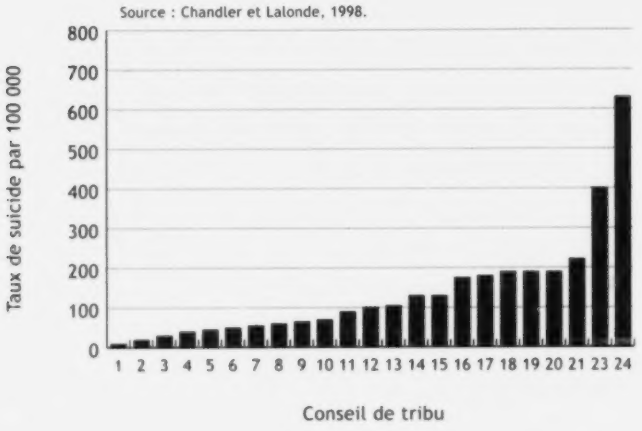
Les taux de suicide diffèrent selon les conseils de tribu et les groupes linguistiques

Malgré l'absence de données exhaustives à ce sujet, les taux de suicide sont très différents d'une collectivité des Premières nations à l'autre.[7] Une étude de Chandler et Lalonde[8] effectuée en Colombie-Britannique a montré une variation considérable entre les taux de suicide des diverses collectivités des Premières nations. Cette étude, qui a porté sur les taux de suicide au cours d'une période de cinq ans (entre 1987 et 1992), a prouvé qu'ils varient selon le conseil de tribu et la collectivité. Les auteurs ont aussi remarqué d'importantes différences entre les taux de suicide des divers groupes linguistiques. Les Figures 6 et 7 illustrent la grande variation entre les taux de suicide des divers conseils de tribu et groupes linguistiques. Ces variations laissent supposer que les risques de perte d'identité et les facteurs protecteurs sont importants car ils peuvent expliquer ces différences entre les collectivités.

Figure 6 : Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, par groupe linguistique (Colombie-Britannique)

[7] Kirmayer, 1994.
[8] Chandler, M et Lalonde, C. « Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, Vol. 35(2), p. 191-219, 1998.

Figure 7 : Taux de suicide chez les jeunes des Premières nations, par conseil de tribu (Colombie-Britannique) (les noms ne sont pas indiqués)



Les suicides varient selon les facteurs de continuité culturelle

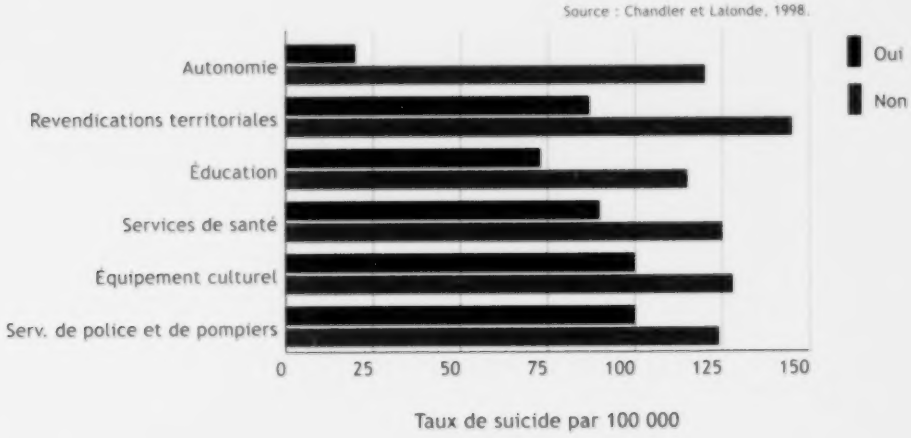
L'étude de Chandler et Lalonde a révélé une forte corrélation entre le suicide chez les jeunes des Premières nations et le degré de contrôle de la collectivité dans les domaines suivants, ce que les auteurs ont nommé la continuité culturelle :

- l'autonomie
- la revendication territoriale
- l'éducation
- les services de santé
- l'équipement culturel
- les services de police et de pompiers

La Figure 8 montre l'incontournable corrélation inverse entre la présence des facteurs de continuité culturelle et le suicide chez les jeunes. Les collectivités disposant d'une certaine autonomie sont aussi celles où le taux de suicide chez les jeunes est le plus bas; les deux facteurs les plus importants sont ensuite les revendications territoriales et l'éducation.

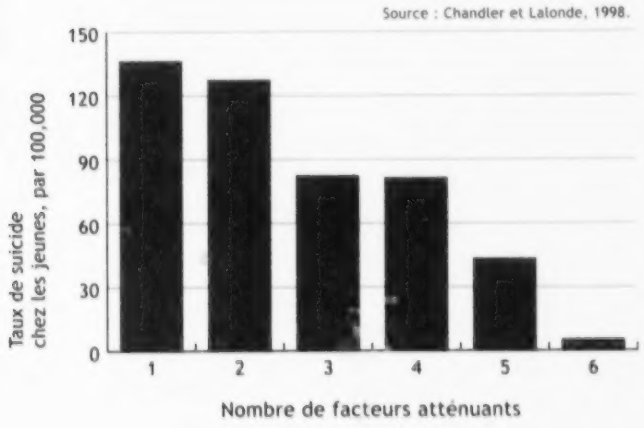
Les collectivités où au moins trois de ces facteurs sont présents sont aussi celles où les suicides sont sensiblement plus rares (Figure 9). La comparaison entre les collectivités où tous ces facteurs manquent et de celles où ils sont tous présents est particulièrement surprenante : 138 suicides par 100 000 contre 2 par 100 000. Ces résultats ont récemment été reproduits à l'aide de données portant sur dix ans, et d'autres facteurs communautaires ont ainsi été dépistés.[9] Naturellement, d'autres facteurs sous-jacents peuvent expliquer ces différences. Par exemple, la qualité des services de santé (mentale, physique, affective et spirituelle) accessibles peut varier d'une collectivité à l'autre, tout comme la prévalence de problèmes de santé particuliers. Il faudra pour éclaircir ce qu'implique cette étude, effectuer des recherches supplémentaires dans d'autres régions et avec d'autres mesures des facteurs sociaux et communautaires ainsi que des facteurs favorables qui interviennent dans la vie et l'expérience de chacun.

Figure 8 : Taux de suicide chez les jeunes selon les facteurs de continuité culturelle (Colombie-Britannique)



9 Lalonde, communication personnelle.

Figure 9 : Taux de suicide chez les jeunes selon le nombre de facteurs de continuité culturelle des collectivités autochtones, 1987-1992 (Colombie-Britannique)



Les taux de suicide chez les jeunes diffèrent selon le sexe

Les jeunes hommes se suicident plus fréquemment que les jeunes femmes — cela est vrai pour les Premières nations et pour le Canada en général. Par exemple, les hommes de la nation Nishnawbe-Aski se sont suicidés cinq fois plus que les femmes (Figure 10). Dans la même période de dix ans (entre 1986 et 1995), 94 hommes et 34 femmes se sont suicidés. Cependant, malgré la plus grande vulnérabilité des hommes, les jeunes femmes aussi sont gravement touchées par le suicide. Selon l'Institut canadien de la santé infantile (voir Figure 1) le risque de suicide des jeunes femmes autochtones est huit fois plus élevé que celui de leurs consœurs non Autochtones. Cette même étude a révélé que le taux correspondant de suicide chez les jeunes hommes Autochtones est de cinq fois la moyenne nationale.

Figure 10 : Tendances - suicides réussis dans la nationNishnawbe-Aski,comparaison entre victimes masculines et féminines

Les taux de dépression et de stress grave au sein des Premières nations sont élevés

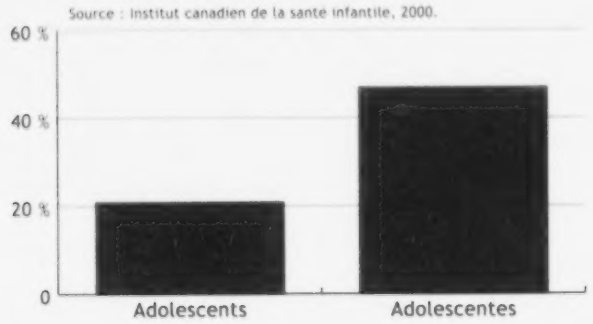
Le rapport « *Choisir la vie* de la CRPA » a relevé une série d'états de santé mentale qui représentent un grave risque d'acte autodestructeur. Il existe toutefois peu de données détaillées sur la prévalence des facteurs de risque biologiques ou psychologiques chez les jeunes des Premières nations ou sur les aspects d'identité personnelle ou culturelle. L'étude régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits[10], a montré que 18 % des enfants de 6 à 11 ans ont eu des problèmes d'ordre comportemental ou affectif, et que ce taux passe à 23 % pour les enfants de 12 ans et plus.

Les données provenant d'études menées auprès de la population générale au Canada et aux États-Unis laissent penser que la dépression constitue le trouble en plus forte corrélation avec le suicide. Or, un grand nombre de jeunes des Premières nations signalent une dépression ou des sentiments de tristesse et de solitude. Par exemple, selon une étude effectuée en Nouvelle-Écosse auprès des Mi'Kmaq, près d'un quart des adolescents et près

[10] MacMillan HL, Walsh C, Jamieson E, Crawford A et Boyle M, « Children's Health », dans le rapport *First Nations and Inuit Regional Health Survey National Report*, 1999.

de la moitié des adolescentes entre 12 et 18 ans ont été touchés par la dépression et par des symptômes connexes (Figure 11).[11] Chez les Cris de la Baie James, la plupart des suicidés souffraient d'au moins un symptôme de dépression avant leur tentative (Figure 12).[12] Un étude faite à partir des données de l'enquête sur la santé des Cris a relevé que la corrélation entre la détresse affective et divers symptômes diffère selon le sexe, et confirme ainsi la nécessité d'une analyse des risques de suicide et d'une stratégie de prévention distinctes pour les hommes et les femmes.[13]

Figure 11 : Pourcentage des adolescents Mi'Kmaq (12-18 ans) se plaignant de tristesse ou de dépression, 1997 (n=87)



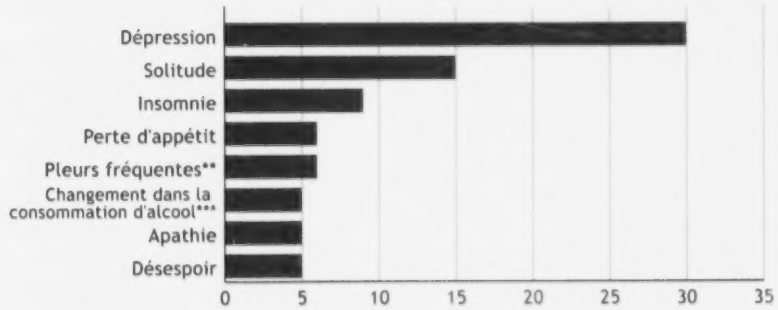
Hormis les travaux de Chandler et Lalonde, il existe peu de données sur le lien entre le taux de suicide des jeunes des Premières nations et le stress relatif aux indicateurs socio-économiques des besoins fondamentaux comme la pauvreté, le chômage, la surpopulation des logements et l'accès à une nourriture saine et abordable et à de l'eau propre. Les opinions de nombreux chefs des Premières nations et praticiens en santé mentale ont trouvé leur écho dans un rapport sur les suicides de Pikangikum, car l'auteure a également insisté sur

[11] *The Health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population*, cité par l'ICSI, 2000.
[12] *Cree Injury Study*, op. cit.
[13] Kirmayer, L.J., Boothroyd, L.J., Tanner, A., Adelson, N., Robinson, E., & Oblin, C., « Psychological Distress among the Cree of James Bay ». *Transcultural Psychiatry*, 37(1), p. 35-56, 2000.

l'importance de répondre à ces besoins matériels fondamentaux afin de donner aux jeunes des Premières nations une « raison de vivre ».[14]

Figure 12 : Hospitalisations pour tentative de suicide, symptômes et signes de dépression chez les Cris de l'est de la Baie James, 1982-1992 (n=73; 30H; 43F)

Source : étude sur les blessures chez les Cris, 1997.



Nombre de répondants ayant manifesté ces signes ou symptômes*

* Plus d'une réponse était possible, aucune réponse aussi : 19 ont donné une réponse, 15 en ont donné 2, 4 en ont donné 3, 2 en ont donné 4, 2 autres 5, et 28 n'ont rien indiqué. ** 5 ou 6 des répondants étaient de sexe féminin. *** Tous les répondants étaient de sexe masculin.

Pour de nombreux jeunes des Premières nations, le domicile n'est pas un refuge sûr

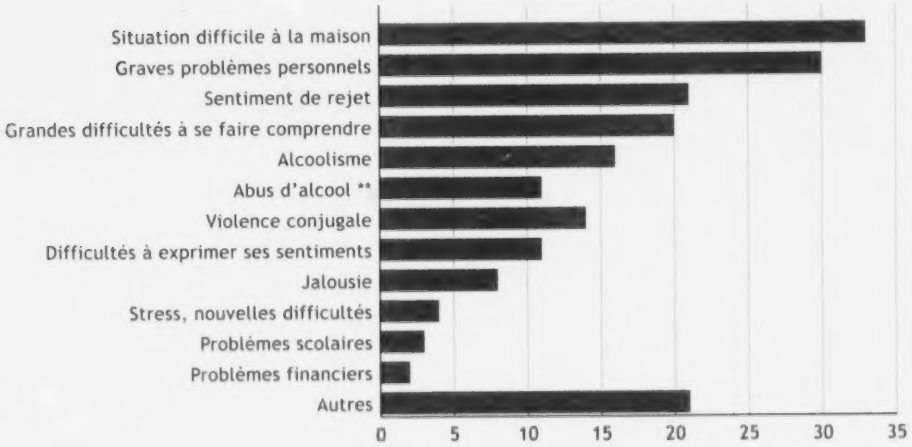
Certains jeunes des Premières nations ne trouvent même pas à leur propre domicile les conditions nécessaires au repos et à la guérison. Au contraire, la violence règne dans trop de résidences des Premières nations et un trop grand nombre de jeunes sont exposés à cette violence. Lorsqu'ils doivent faire face à plusieurs types de problèmes, les membres de la famille sont moins en mesure de fournir à leurs enfants le refuge sûr qui répondrait à leurs besoins. Les Figures 13 et 14 dressent un résumé de certaines des sources de stress aigu et chronique signalées par des jeunes Cris hospitalisés après une tentative de suicide. Un bon nombre de ces sources de stress sont étroitement liées à des problèmes dans le milieu familial.

[14] Barbara Jo Fidler, *Pikangikum First Nation Report on the Increase in Suicidal Behaviour in 2000*, Sioux Lookout, Ontario, s.d. (rédigé pour le *Nodin Counselling Service*)

Ces sources, qui constituent autant de facteurs pouvant mener à un suicide, sont le reflet des nombreuses difficultés auxquelles doivent faire face les familles et les collectivités des Premières nations.

Figure 13 : Hospitalisations pour tentative de suicide par facteurs de stress chroniques chez les Cris de l'est de la Baie James, 1982-1992, (n=73; 30H; 43F)

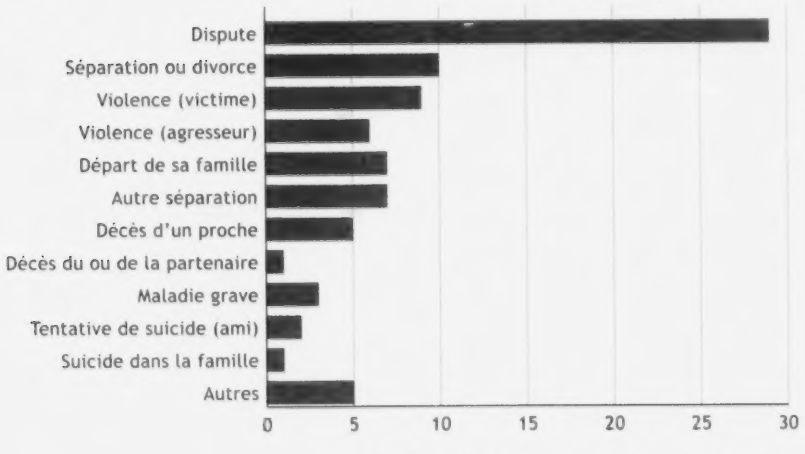
Source : étude sur les blessures chez les Cris, 1997.



* Plus d'une réponse était possible, aucune réponse aussi : 20 ont donné une réponse, 16 en ont donné 2, 13 en ont donné 3, 5 en ont donné 4, 2 en ont donné 5 et un seul 6; 28 n'ont rien indiqué. ** Abus d'alcool par un autre.

Figure 14 : Hospitalisations pour tentative de suicide par facteurs de stress aigus chez les Cris de l'est de la Baie James, 1982-1992, (n=73; 30H; 43F)

Source : étude sur les blessures chez les Cris, 1997.



* Plus d'une réponse était possible, aucune réponse aussi : 17 ont donné une réponse, 8 en ont donné 2, 1 en a donné 3; 47 n'ont rien indiqué.

Thèmes fréquents dans les études existantes

La plupart des documents portant sur le suicide chez les jeunes des Premières nations se contentent de décrire l'expérience quotidienne de vie des jeunes des Premières nations sur le plan des besoins fondamentaux et des relations interpersonnelles mais négligent le contexte plus large de leurs croyances et attitudes culturelles. Les statistiques présentées dans les pages précédentes donnent certes un aperçu quantitatif de ce que nous savons sur le suicide chez les jeunes des Premières nations, mais ces chiffres n'informent ni sur le sentiment collectif de ces jeunes à propos de leur identité ou de l'impression que le monde a d'eux ni sur la possibilité d'un lien entre ces sentiments et leurs pensées et actes suicidaires (ni d'ailleurs sur leur image et leur compréhension du suicide lui-même).

Dans son étude du problème tant au plan des besoins quotidiens qu'au plan plus large des croyances générales, le Comité consultatif a pu cerner une série de problèmes touchant tous au suicide auxquels doivent faire face les jeunes des Premières nations.

La médicalisation et la nécessité d'un partenariat harmonieux entre les stratégies biomédicales et les méthodes traditionnelles de guérison

Les services de santé actuellement fournis à la plupart des Premières nations ont surtout une approche médicale occidentale car il y a peu de praticiens traditionnels et les budgets visant à financer les pratiques traditionnelles de médecine et de guérison sont insuffisants. En général, l'approche médicale est perçue comme étant la meilleure pour traiter la dépression clinique, mais cette attitude ignore les pratiques traditionnelles de guérison. La dépression, les idées suicidaires et les autres dilemmes psychologiques, affectifs et aussi spirituels sont souvent liés à de nombreux facteurs; le traitement devrait par conséquent tenir à parts égales et de l'approche traditionnelle et de l'approche biomédicale occidentale.

La « guérison » peut survenir dans plusieurs circonstances différentes. Dans les cas de troubles mentaux et affectifs (courants chez les victimes de suicide), un traitement psychiatrique professionnel est nécessaire. De plus, tous les volets des activités de prévention, de traitement et de soutien des suicidés et des jeunes à risque (de la prévention initiale à l'intervention puis le cas échéant à la post-intervention) doivent obligatoirement être en accord avec les croyances, la culture et les valeurs de la collectivité.

Nous pouvons en fait imaginer de nouvelles façons de prévenir les suicides chez les jeunes à l'aide de notions comme la « continuité culturelle », « l'engagement envers la personne que l'on deviendra[15] » et l'identité.[16] Ces notions reprennent des croyances immémoriales au sein des collectivités des Premières nations. Un sentiment de bien-être doublé d'une identité culturelle stable est vital dans l'évaluation des stratégies visant à réduire le suicide. Le corps, la pensée, le cœur et l'esprit entrent plus facilement en relation équilibrée et harmonieuse lorsque des facteurs culturels tels les langues d'origine, les liens avec la terre et les formes de gouvernement sont intacts ou restaurés. Les stratégies de prévention du suicide pour les jeunes des Premières nations doivent être adaptées aux croyances, aux normes, aux valeurs et pratiques culturelles et ne doivent pas leur porter atteinte. Il faut également évaluer le potentiel de ces stratégies et préserver cultures et identités pour les générations à venir.

La honte des troubles affectifs et psychologiques

L'opprobre associé à la dépression, à l'anxiété et aux autres problèmes de santé mentale empêche souvent les gens de demander et d'accepter de l'aide pour des problèmes pouvant pourtant être traités. La honte liée aux crises mentales et affectives est un problème grave sur lequel il faut se pencher. En outre, la

[15] Chandler and Lalonde, op. cit.; White, J., « Comprehensive Youth Suicide Prevention: A Model for Understanding », dans *Suicide in Canada*, Leenaars, A. et al. réd., Toronto, 1998.
[16] O'Connor; Sinclair, rapport de la Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski.

honte également associée aux problèmes familiaux peut pousser les jeunes à ne point en parler et ainsi à vivre dans le désespoir.

L'évolution joue aussi un rôle dans la perception du suicide dans les collectivités des Premières nations. La plupart du temps, le suicide constitue une honte ou un déshonneur si sérieux que les cas de suicide sont ignorés ou qu'on ne signale qu'une partie des cas réels.

De plus, les jeunes en détresse font rarement appel aux services en santé mentale, même si ces services sont facilement accessibles. Se peut-il qu'on perçoive ces services comme bien trop spécialisés pour pouvoir réellement aider des jeunes en crise ou encore accessible à tous.

Le suicide d'un jeune des Premières nations constitue souvent un appel à l'aide désespéré. La fréquence de ces suicides chez certaines des Premières nations risque pourtant de les mener à sous-estimer ce problème. Une telle « normalisation » du suicide pourrait alors à son tour nuire au système de croyances de toute la collectivité au point de devenir un autre facteur de risque.

Le suicide peut être plus fréquent parmi les groupes marginaux

De nombreux jeunes des Premières nations sont perçus ou se perçoivent comme étant en marge de la société en général ainsi que par rapport à leur propre collectivité. Leur sentiment d'isolation peut donc être bien plus profond que celui de leurs confrères et consœurs non autochtones ou celui des adultes de leurs collectivités. Cette isolation provient de la disparition ou de l'éclatement, dans plusieurs collectivités des Premières nations, des systèmes de croyances traditionnelles qui font de la jeunesse une étape importante dans le cycle de la vie. Chez les familles et les collectivités où les enseignements culturels d'origine ont été

préservés ou restaurés, l'attitude générale est positive envers les multiples rôles, fonctions sociales et obligations des jeunes. Malheureusement, la vie de nombreux jeunes des Premières nations baigne plutôt dans une atmosphère de désintégration sociale[17] et dans des conditions associées à la marginalité : abus physiques, affectifs et sexuels, négligence, pauvreté, abus de drogues[18] et conditions socio-économiques déplorables. Bien des jeunes des Premières nations ressentent les contrecoups de ce qu'on a appelé le « deuil transmis à travers les générations », c'est-à-dire les effets des traumatismes subis par les générations précédentes dans les écoles résidentielles et les autres formes d'oppression culturelle.[19] En outre, le taux de chômage chez les jeunes des Premières nations était de 32 % en 1996, près du double du taux correspondant pour le reste des jeunes Canadiens.[20]

En règle générale, les jeunes se soucient plus d'être acceptés par leurs pairs que de leur participation aux processus communautaires plus larges. Ce manque de participation se manifeste par des liens tendus entre les jeunes et ceux qui leur importent. Ils peuvent ainsi se sentir à l'écart même dans leur propre logis parce que leur famille et les autres adultes leur offrent un soutien insuffisant.[21] Ils peuvent aussi être marginalisés parce que, à titre de sous-groupe des Premières nations, leurs valeurs et leurs inquiétudes ne sont totalement acceptées ni dans leurs collectivités ni à l'extérieur. Dans le premier cas, le rapport de la Conférence Jeunesse de la nation Nishnawbe-Aski[22] illustre l'isolation politique, économique et culturelle qui est souvent le lot des jeunes des collectivités des Premières nations de l'Ontario. Les nombreux rapports sur les problèmes d'adaptation qu'ils éprouvent en milieu urbain, lorsqu'ils se trouvent dans des institutions urbaines comme des collèges ou

[17] Kirmayer et. Al.; rapport *Choisir la vie* de la CRPA (op. cit.)
[18] Santé Canada, *Discussion Notes from the Suicide Preventions Workshop: Our Healing Journey*, 1994.
[19] Jan Longboat, *Discussion Notes from the Suicide Prevention Workshop, Health Canada*, 1994, p. 16.
[20] ICSI
[21] Health Canada, *Discussion Notes from the Suicide Preventions Workshop: Our Healing Journey*, 1994.
[22] Op cit.

des universités pour y étudier, démontrent à quel point ces jeunes se sentent étrangers à l'extérieur de leurs collectivités.

En tant qu'adultes en devenir, les valeurs des jeunes changent et ils attendent des changements pour le mieux de la part des dirigeants de leurs collectivités. Dans leurs efforts de mettre en place ces changements, les dirigeants des Premières nations les plus visionnaires savent que les jeunes ont besoin de la place et des ressources appropriées pour qu'ils puissent participer à ce processus eux aussi. Tous les jeunes — et particulièrement les plus isolés de chaque collectivité — doivent faire sentir leur présence dans la vie politique des collectivités des Premières nations afin de pouvoir dissiper le sentiment de ne pas être écoutés.

Les contrecoups d'un drame sont particulièrement forts dans les collectivités des Premières nations car la plupart sont de petites collectivités où les liens interpersonnels sont très étroits. Par conséquent, un suicide a un impact direct sur de nombreux membres de la collectivité, ce qui peut expliquer la tendance des suicides en groupes. Les victimes ont souvent des liens étroits tant entre elles qu'avec les fournisseurs des soins de santé de la collectivité. Dans ce cas, le besoin d'un soutien provenant de l'extérieur devient encore plus impérieux. Certaines des Premières nations ont déjà établi des plans et des mesures d'urgence, mais souvent, les bénévoles locaux sont les seuls à pouvoir aider les victimes de suicide ou de blessures; dans la plupart des cas, ils les connaissent bien. De plus, ces bénévoles sont rarement formés et n'ont aucun soutien pour les aider à faire face au stress consécutif à un traumatisme.

Les différences de sexe : pourquoi les suicidés sont généralement des jeunes hommes

Comme l'a décrit ci-dessus le présent rapport, les jeunes hommes se suicident bien plus souvent que les jeunes femmes. Cela vaut autant pour les collectivités des Premières nations que pour la société

canadienne en général, même si les proportions diffèrent. Une réflexion plus profonde sur le rôle des deux sexes dans le monde d'aujourd'hui pourrait nous éclairer sur les raisons qui poussent tant de jeunes hommes des Premières nations à interrompre leur vie. Dans de nombreuses collectivités, les changements culturels ont bouleversé bien plus profondément le rôle des hommes (de chasseur et pourvoyeur de nourriture à chômeur) que celui des femmes, qui continuent à élever les enfants et tenir la maison. On a beaucoup parlé depuis quelques années du remplacement du mode de vie et de l'autonomie traditionnels des familles et des collectivités par la dépendance sur les priorités gouvernementales, les budgets décidés par d'autres et les exigences bureaucratiques. Les Premières nations ont maintenant intériorisé l'oppression, le bouleversement et l'impuissance imposés jadis par la colonisation, ce qui perturbe à bien des égards les relations interpersonnelles.

Dépolitisation des questions, politisation des jeunes

Le suicide chez les jeunes des Premières nations est une question politique qui touche le Gouvernement du Canada, l'Assemblée des Premières nations ainsi que les collectivités des Premières nations et leurs membres. On s'attend de plus en plus à ce que tous les dirigeants visés réagissent à ce problème et fassent face à tous les facteurs qui augmentent le risque de suicide chez les jeunes.

Cette question a toutefois pris récemment une ampleur internationale. Certaines études, comme *Canada's Tibet: Killing the Innu*[1] n'ont fait que relancer la controverse. L'attention portée aux quatre coins du monde sur cette question a laissé nombre de dirigeants des collectivités dans un profond dilemme : s'efforcer de forger et d'entretenir des collectivités saines loin de l'attention de tous, ou au contraire attirer l'attention sur la crise dans l'espoir d'obtenir de l'aide, mais en sachant pertinemment qu'ils risquent ainsi de porter atteinte à l'image et au respect de soi des membres de leur collectivité et d'envahir leur vie privée, ce qui pourrait aggraver encore plus les risques de suicide. En outre, le transfert

[1] Samson, Wilson et Magower, 1999.

des responsabilités relatives aux programmes et aux services a alourdi les systèmes bureaucratiques au sein des Premières nations, ce qui constitue pour les jeunes un autre facteur d'aliénation.

Les jeunes des Premières nations seraient mieux en mesure de faire connaître les multiples difficultés auxquelles il doivent faire face, notamment la réalité d'un taux de suicide élevé dans leurs collectivités, s'ils pouvaient se rallier autour de cette question et d'autres questions les touchant.

Conclusion

À partir d'une certaine étude ainsi que d'autres rapports et recommandations, le Comité consultatif a relevé quatre grandes questions ou sujets d'inquiétude :

- Nous n'en savons actuellement pas beaucoup sur les méthodes réellement efficaces de prévention du suicide. À propos plus précisément des collectivités des Premières nations, les évaluations rigoureuses des programmes et des interventions sont très rares, et nous avons peu de données épidémiologiques de base sur les risques et les facteurs de protection, tant sur le plan individuel que communautaire.

- Aux paliers national et régional (c'est-à-dire dans tout le système), les services de santé mentale existants, soit l'accès à l'évaluation, à la consultation et au traitement, sont inadéquats et mal intégrés. La distribution des ressources n'est ni juste ni régulière. Les mandants de financement ne sont pas modifiés par une crise; certaines collectivités ont été forcées de faire appel aux médias et de se présenter comme étant dans un état pathologique afin d'obtenir de l'aide. Certains fournisseurs de soins de santé ne sont ni formés ni préparés adéquatement. L'intégration holistique des services de santé (physique, mentale, affective et spirituelle) n'est que fragmentaire, tout comme l'intégration de la santé par

rapport aux services sociaux ou à l'éducation, par exemple. Les divers services sont également fragmentés, segmentés et indûment séparés (comme ils sont fournis par des agences et ministères fédéraux et provinciaux distincts, les budgets sont accordés indépendamment les uns des autres).

- Pour toutes ces raisons, personne, des Premières nations, ne « prend en charge » la question du suicide. Beaucoup de familles, dans les collectivités des Premières nations, sont éclatées; il y a donc un grand besoin de mieux-être. Les fournisseurs de soins de santé ont besoin de formation afin d'être préparés, et les ressources humaines de nombreuses collectivités doivent aussi être formées pour savoir comment réagir. Les agences et les personnes de l'extérieur doivent communiquer avec les collectivités des Premières nations avec respect afin de bâtir la confiance et ainsi assumer de la part de la société canadienne la responsabilité d'aider à résoudre les problèmes plutôt que se retirer au nom de l'autonomie. Cela souligne la nécessité d'un dialogue entre les collectivités des Premières nations et les autres intervenants ainsi que du besoin d'accorder un soutien plus fort aux stratégies communautaires.

- Sur le plan personnel, les efforts sont trop centrés sur la pathologie individuelle, et il y a une trop forte tendance à blâmer la victime. Le suicide fait ici partie de problèmes structuraux plus larges associés à la colonisation, notamment le racisme et les contrôles bureaucratiques. Il faut au contraire concentrer ses efforts sur le bien-être en général, sur les plans personnel, familial et communautaire. La continuité culturelle doit être restaurée et préservée à titre d'élément essentiel de l'identité des jeunes, de leur estime de soi, de leurs espoirs et de leur volonté de s'investir dans la vie. La nature des groupes de jeunes est aussi vitale que leur influence. En outre, pouvoir ressentir ses émotions, avoir un lien avec la terre et une vie

spirituelle permettent d'accorder une plus grande valeur à la vie. Il faut absolument donner aux jeunes des raisons positives de vivre, de faire les bons choix et prendre de bonnes décisions et de bonnes stratégies pour faire face à leurs problèmes. Lorsque ces liens sont établis et préservés, les jeunes sont bien intégrés aux collectivités des Premières nations et savent que leur contribution est grandement appréciée.

Le manque de suivi concret à la suite de recommandations utiles proposées par les initiatives précédentes sur la prévention du suicide chez les jeunes, comme celles proposées dans le rapport sur le suicide de la Commission royale sur les peuples autochtones[24] constitue une grande source de préoccupations. Il est absolument vital que les recommandations du présent rapport soient un point de départ pour la mise en œuvre de mesures concrètes, et servent aussi de base à un document en évolution que les collectivités pourront continuer à élaborer et adapter à leurs propres besoins.

Afin de pousser à l'action, les quatre sections suivantes décrivent de façon détaillée les questions mentionnées ci-dessus et fournissent aussi des objectifs et des recommandations visant à traiter chacune de ces questions. Un échéancier est également fourni afin d'indiquer lesquelles de ces recommandations peuvent être mises en œuvre dans les six prochains mois (à court terme), dans la prochaine année (à moyen terme) et à long terme. Les recommandations indiquent dans la mesure du possible les rôles et les responsabilités des divers organismes visés.

24 RCAP, op. cit.

Section 3

Partie 1 : Adopter une stratégie de prévention fondée sur les faits

Afin de traiter le problème de suicide parmi les jeunes des Premières nations, il nous faut savoir ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas. Le Comité consultatif a toutefois relevé d'importantes lacunes dans nos connaissances sur les stratégies efficaces de prévention du suicide.

Les plus récents rapports des organismes gouvernementaux et des groupes consultatifs professionnels s'entendent : il y a un besoin impérieux d'études visant à établir quelles sont les stratégies efficaces de prévention du suicide. Une étude des programmes de prévention conçus précisément pour réduire le taux de suicide parmi les Premières nations a révélé qu'il n'existe à ce jour aucune évaluation rigoureuse de ces programmes. Les études les plus récentes sur les programmes de prévention du suicide sont résumées ici (vous trouverez les références à l'annexe D).

Études des programmes de prévention du suicide actuellement en place chez les Autochtones

Un rapport publié au printemps 1999[25] a étudié plusieurs programmes établis chez les Autochtones et a proposé une série de lignes directrices pour un programme de prévention du suicide qui serait probablement efficace parmi les collectivités autochtones. Le Comité consultatif a effectué une recherche exhaustive des bases de données pertinentes[26] et n'a pas pu trouver d'autres études arbitrées sur l'évaluation des programmes ou sur des stratégies de prévention du suicide dans les Premières nations. L'étude de 1999 a relevé

[25] Kirmayer, et al, *Suicide Prevention and Mental Health Promotion in First Nations and Inuit Communities*, Culture & Mental Health Research Unit, Institute of Community & Family Psychiatry, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis, Montréal, 1999.

[26] Les bases de données *Medline*, *PsychLit*, *HealthStar* et *CINAHL* ont été interrogées jusqu'en août 2001 à l'aide des termes « Indian, North American » ou « health services, indigenous » ou « Native American » et « suicide » ou « attempted suicide ».

selon des documents d'évaluation fournis par Santé Canada vingt-neuf programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale élaborés pour les Autochtones ou applicables à ces collectivités. Évalués selon les lignes directrices exposées dans le présent rapport, neuf de ces vingt-neuf programmes peuvent être recommandés comme des modèles prometteurs ou particulièrement appropriés aux collectivités autochtones qui désirent tirer parti d'un programme existant. [27]

Il peut cependant être utile de tenir compte d'autres rapports d'évaluation. Par exemple, le rapport *Before the Fact: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, de l'Université de Colombie-Britannique[28], donne un résumé de quatorze stratégies de prévention du suicide chez les jeunes[29] et comprend un guide à l'intention des collectivités. Il existe une évaluation préliminaire du processus de mise en œuvre dans sept collectivités de Colombie-Britannique, mais l'évaluation des résultats à long terme reste encore à faire. [30] Cette situation est typique dans le domaine général de prévention du suicide : il existe des programmes prometteurs, mais peu d'études (notamment l'évaluation des résultats) qui permettraient aux collectivités et aux intervenants de faire un choix éclairé parmi les options possibles.

Le rapport *Report on Suicide Prevention*[31], publié récemment par le *Surgeon General* des États-Unis, a signalé une absence identique d'études d'évaluation qui indiquent lesquelles des méthodes de prévention du suicide sont efficaces. Les études qui ont été effectuées souffrent de problèmes d'ordre méthodologique, comme un échantillonnage trop restreint qui empêche de relever les effets significatifs du point de vue clinique. [32]

[27] Ibid. — la liste des neuf programmes recommandés se trouve à l'annexe D.
[28] White et Jodoin, 1998.
[29] Il importe de signaler que ces études ne portaient pas spécifiquement sur les jeunes Autochtones ni les Premières nations.
[30] Hinbest, 2001.
[31] U.S. Surgeon General, 2001.
[32] Arensman et al, 2001; Breton et al., 1998.

Cette lacune dans nos connaissances est encore plus grave dans le cas des Premières nations, malgré la prévalence élevée de suicides dans nombre de ces collectivités.[33] Le besoin d'études à long terme plus sérieuses est évident afin de discerner les méthodes efficaces et savoir comment adapter les programmes et les interventions aux besoins de collectivités particulières.

En l'absence de constats empiriques sur l'efficacité des méthodes, il faut donc prévoir les interventions selon ce qui semble raisonnable et adapté aux ressources disponibles et aux désirs de la collectivité. Les pratiques exemplaires relèvent actuellement de cette approche pragmatique. De nombreuses forces et tendances potentielles extérieures à la collectivité visée peuvent toutefois avoir une incidence sur le choix des interventions. L'élaboration du plan d'action le plus approprié exige donc une évaluation rationnelle de tous les renseignements pertinents dont on dispose.

Malgré l'absence d'études bien conçues sur l'efficacité des diverses stratégies, on s'entend jusqu'à un certain point sur les éléments d'une approche globale de prévention du suicide. Des stratégies ont en effet été exposées dans des documents préparés par divers groupes du Canada, des États-Unis et de l'Australie. Combiner ces stratégies avec des consultations auprès des Premières nations permettrait d'agir immédiatement; l'évaluation rigoureuse des stratégies efficaces pour les collectivités des Premières nations doit toutefois rester prioritaire.

Pratiques actuelles de prévention : primaires, secondaires (« intervention ») et tertiaires (« post-intervention »)

On peut voir la prévention comme un processus cyclique en trois étapes reliées entre elles. La prévention primaire vise à réduire les risques de suicide par l'amélioration de la santé ou du bien-être physique, mental, affectif et spirituel d'un groupe,[34] ce qu'on a

[33] Kirmayer et al. 1993; 1999; Middlebrook et al. 2001.
[34] Mental Health Branch, 1997; Lester, 1997.

appelé une intervention préventive.[35] La prévention secondaire (l'intervention) vise à aider les personnes potentiellement suicidaires avant qu'elles ne se blessent ou pendant une crise suicidaire. La prévention tertiaire (la post-intervention) vise les gens touchés par un comportement suicidaire : ceux qui ont fait une tentative (et qui risquent fort de recommencer), les membres de la famille et amis en deuil, qui eux aussi courent un plus grand risque d'être en détresse, de manifester une morbidité psychiatrique et d'avoir des pensées et des comportements suicidaires.[36]

La prévention primaire (la réduction des risques) peut se faire à l'aide de programmes d'éducation du grand public, de formation en aptitudes à la vie quotidienne, de formation sur le rôle parental, de formation des professionnels de la santé occidentaux et traditionnels ou culturels en évaluation et prévention du suicide, de soutien aux familles, de services d'écoute téléphonique en cas de crise, et en restreignant l'accès à ce qui permet le suicide (armes à feu et drogues, par exemple). Les programmes d'intervention comprennent des consultations en période de crise et la supervision étroite et le traitement des personnes ayant exprimé des pensées suicidaires. Les interventions après l'incident comptent entre autres des services de consultation pour les personnes ou groupes proches d'une victime de suicide ou de tentative de suicide, qui peuvent aussi être à risque à la suite de ce traumatisme.[37]

Les méthodes de prévention du suicide peuvent viser différents facteurs : la situation culturelle et sociale de la collectivité, les interactions entre membres de la famille, les processus auxquels participent les personnes vulnérables ou encore les situations de crise. On s'entend généralement pour dire que les programmes qui visent plus d'un facteur à la fois donnent les meilleurs résultats. Il y a cependant toujours un débat sur les mérites d'agir auprès de toute la collectivité ou de sélectionner puis de viser les groupes les plus à risque.[38]

[35] White, 1998.
[36] Kirmayer et al., 1993
[37] O'Carroll, Mercy & Steward, 1988.
[38] Rose, 1995.

La petite taille et la prévalence élevée de suicides rendent l'approche communautaire la mieux appropriée à la plupart des collectivités des Premières nations. Cette approche comporte en fait deux autres avantages intrinsèques : elle évite la stigmatisation d'un groupe particulier et s'intègre bien aux objectifs plus larges de développement de la collectivité, car elle a un effet positif sur la santé mentale de toute la collectivité et des personnes à risque. La partie 3 du présent rapport donne de plus amples détails sur les approches communautaires.

Éléments des programmes de prévention du suicide efficaces

Pour prévenir le suicide, il faut habituellement trouver les moyens de réduire les facteurs de risque et promouvoir les facteurs de protection (ou de prévention). On peut exprimer les facteurs de risque et de protection en termes de « force morale » personnelle et collective, c'est-à-dire la capacité de se remettre de conditions négatives (la partie 4 traite de la force morale).

Les recherches ont permis de discerner clairement une vaste gamme de facteurs de risque et de protection relatifs au suicide dans la population en général, et la plupart d'entre eux sont applicables aux collectivités des Premières nations.[77] Les facteurs de risque relevés comprennent notamment :

- être de sexe masculin;
- avoir déjà fait une tentative de suicide;
- être victime de violence;
- avoir commis un acte violent;
- boire de l'alcool;
- consommer de la marihuana;
- avoir des problèmes à l'école;
- souffrir de troubles de l'humeur (comme un grave épisode dépressif);

[77] Barney, 2001; Borowsky et al., 1999; 2001; Cleary, 2000; Hawton et al., 2001; Houston et al., 2001; Kirmayer, 1994; Lester, 1997; Santa Mina & Gallup, 1998.

- être isolé socialement;
- être pauvre ou en chômage.

Les facteurs de protection sont particulièrement vitaux pour planifier des programmes de prévention destinés à la collectivité de jeunes ou aux personnes plus jeunes. Les facteurs de protection suivants ont souvent été signalés pour les jeunes[40] :

- se percevoir lié à sa famille et sa collectivité;
- ressentir un bien-être affectif; (surtout pour les jeunes femmes);
- réussir à l'école.

Certains facteurs de risque peuvent en outre toucher spécifiquement les collectivités des Premières nations, facteurs entraînés par leur histoire et par leurs circonstances et problèmes sociaux[41]. En voici quelques exemples :

- marginalisation économique et « misère relative »[42];
- rapides changements culturels et discontinuité culturelle[43];
- assimilation forcée;
- déplacement forcé;
- expérience des écoles résidentielles (perte et séparation très tôt, assimilation forcée, non-respect de la culture, exposition à la violence et aux abus);
- effets d'entraînement liés aux liens étroits et à l'identification communs chez les jeunes vivant dans de petites collectivités.[44]

[40] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Barney, 2001; Borowsky et al., 1999; Kirmayer, 1994; Kirmayer et al., 2000; Lester, 1997; Novins, et al., 1999.Borowsky et al., 2001; Malone et al., 2000.
[41] Barber, 2001.
[42] Chandler & Lalonde, 1998.
[43] Wissow et al., 2001.

Chaque collectivité des Premières nations a vécu à travers une combinaison unique de ces facteurs de stress et y a fait face selon sa propre histoire et sa propre culture. Par conséquent, les interventions doivent tenir compte de ces facteurs uniques et être adaptées à chaque collectivité.

Le programme idéal de prévention du suicide chez les collectivités des Premières nations devrait répondre aux critères suivants : faire preuve d'efficacité; pouvoir atteindre les groupes les plus à risque, à l'aide des ressources disponibles, traiter tant les causes urgentes que les causes latentes.

Le rôle des professionnels de la santé

Les études effectuées auprès de la population générale du Canada, des États-Unis et d'autres pays montrent clairement que la plupart de ceux qui se suicident souffrent de troubles mentaux (notamment dépression, trouble de la personnalité ou abus de drogues). Cela laisse penser que des traitements médicaux plus dynamiques peuvent réduire le nombre de suicides, et certains indices tendent à le confirmer pour la population en général.[45] Cependant, nombre de cliniciens en soins primaires ne sont pas formés adéquatement pour être en mesure de diagnostiquer et de traiter les comportements suicidaires. Une étude effectuée en Suède a révélé que la plupart des suicidés ne prenaient pas d'antidépresseurs, ce qui laisse croire que les cas de dépression n'avaient pas été traités adéquatement.[46] Or, comme l'accès aux ressources cliniques fait souvent défaut dans les collectivités des Premières nations, ce même problème d'un traitement inadéquat risque d'être encore plus fréquent. Selon une étude faite au Manitoba, 6,6 % seulement des Autochtones, comparativement à 21,9 % des non-Autochtones, avaient fait appel à des soins psychiatriques avant de commettre un suicide.[47]

[45] Rutz, 2001.
[46] Henriksson et. al., 2001.
[47] Malchy, Enns, Young & Cox, 1997.

On a observé qu'une journée de formation peut améliorer de façon marquée la capacité des omnipraticiens de reconnaître la détresse psychologique et les idées suicidaires chez les jeunes, mais ne suffit pas à modifier leur gestion de ces problèmes.[48] Comme les collectivités des Premières nations sont formées de gens d'un milieu culturel différent, ce processus de reconnaissance risque d'être plus long. Vérifier l'exercice des praticiens pourrait toutefois prolonger les effets d'une telle formation. En outre, avoir une formation suffisante en intervention et disposer d'un personnel de soutien adéquat permettraient des traitements plus efficaces.

Les personnes ayant survécu à des problèmes semblables à ceux des jeunes à risque (comme abus d'alcool ou de drogues ou encore tentatives de suicide) peuvent disposer de toutes les connaissances nécessaires pour aider les autres, et peuvent donc devenir tout naturellement des conseillers. Ces expériences améliorent certes la sagesse, la compassion et la compréhension, mais ces qualités ne poussent pas nécessairement à agir de la meilleure manière face à une personne suicidaire; en fait, certains indices laissent supposer que des tentatives précédentes de suicide peuvent même prévenir une réaction adéquate de la part des conseillers professionnels.[49] Il est nécessaire d'encourager les conseillers en herbe, tant par une éducation et une formation efficaces et adéquates que par l'encadrement, la supervision et le soutien, que ce soit en milieu clinique, dans les services d'écoute téléphonique ou dans les pratiques d'aide traditionnelles.

Dans les collectivités éloignées, le contact avec les professionnels de la santé n'est souvent que sporadique. Or, il peut être extrêmement utile de garder un contact à long terme avec les patients ayant déjà été hospitalisés.[50] La pratique habituelle d'envoyer des gens chez les collectivités éloignées pour des traitements à court terme risque de mener à des soins épisodiques qui exposent les patients souffrant de problèmes chroniques à des risques plus grands.

[48] Pfaff, 2001.
[49] Neimeyer, Fortner, & Melby, 2001.
[50] Motto & Bostrom, 2001.

Il faudra donc élaborer des stratégies afin de maintenir un contact à long terme (fût-il peu fréquent) entre les personnes vulnérables et les professionnels de la santé et les intervenants.

Les stratégies scolaires

Les études existantes sur la prévention du suicide chez les jeunes insistent sur le rôle des écoles, qui devraient former tous leurs élèves en éducation de base sur la santé, et leur donner des aptitudes utiles pour faire face à de nombreux problèmes de santé et sociaux, sans traiter exclusivement du suicide.[51] Une telle formation permettrait aux élèves de mieux surmonter le stress et les émotions négatives comme la colère et la dépression, de mieux résoudre leurs problèmes, d'améliorer la communication interpersonnelle et leur aptitude à désamorcer les conflits — mesures qui aident à améliorer l'estime de soi et à venir en aide aux crises et aux conflits affectifs.[52]

Parler du suicide dans le contexte du développement de l'autonomie et de l'estime de soi, de la résolution de problèmes et d'aptitudes à la communication a de bonnes chances d'être plus efficace que les programmes traitant exclusivement du suicide.[53] Bien des jeunes pensent que le suicide représente une réaction naturelle sinon héroïque au rejet, et cette méprise, doublée de la perception d'une honte associée aux soins psychiatriques, peut les empêcher de chercher de l'aide s'ils sont en détresse affective.[54] Le matériel de formation visant à encourager les jeunes à rechercher l'aide appropriée en cas de dépression grave, d'abus d'alcool ou de drogues ou de problèmes familiaux peut contribuer à réduire le risque de suicide. Des programmes d'éducation culturelle peuvent aussi promouvoir chez les jeunes la connaissance de la culture autochtone et la fierté de leurs racines et de leur identité.

Les enfants plus jeunes (de moins de 12 ans) sont aussi un groupe important pour la prévention primaire. Cela exige toutefois de

[51] Kirmayer et al., 1993.
[52] Cimbolic & Jobes, 1990.
[53] RCAP, 1995; Tierney, 1998.
[54] Shaffer et al., 1988.

porter attention à la famille, et de l'aider. L'éducation à la vie familiale, l'introduction aux enseignements traditionnels et culturels, la thérapie familiale ou des interventions du réseau social visant à identifier les abus, résoudre les conflits et fournir aux jeunes et aux enfants un soutien affectif adéquat (notamment par des approches adaptées à la culture et des éléments culturels intégrés au programme scolaire) peuvent se révéler plus utiles qu'une approche individuelle centrée sur la jeune personne.[55] Il est aussi possible d'établir des protocoles destinés aux autorités de protection de la jeunesse qui permettent dans le contexte actuel de respecter les pratiques culturelles et traditionnelles de guérison de la famille.

Certaines études permettent de supposer que les programmes en milieu scolaire destinés aux jeunes particulièrement à risque peuvent grandement aider à réduire les comportements suicidaires et encourager les aptitudes nécessaires pour surmonter les conflits et la colère. Une étude récente a comparé deux interventions : (1) une courte évaluation et intervention en situation de crise par un conseiller, et, en plus de la consultation individuelle, (2) une intervention de 12 sessions hebdomadaires, en petits groupes, visant à améliorer les habiletés et développer un soutien social.[56] Ces deux types d'intervention ont été efficaces pour réduire les idées suicidaires, mais le programme ayant comporté le groupe de pairs a eu des effets positifs de portée plus importante, particulièrement auprès des filles.

Les stratégies communautaires

Il existe très peu d'évaluations systématiques des programmes de prévention du suicide dans les collectivités des Premières nations. Les Centers for Disease Control (CDC)[57] des États-Unis ont récemment publié un rapport sur l'évaluation d'un programme mis sur pied en 1990 dans une tribu de l'Athabaska, dans les régions rurales du Nouveau-Mexique, où le taux de suicide chez les jeunes de 15 à 19 ans était très élevé. Le programme de prévention et

[55] Kirmayer et al., 1993.
[56] Randall et al., 2001; Thompson et al., 2001.
[57] CDC, 1998.

d'intervention comprenait plusieurs volets dont la prestation de services sociaux et de services de santé mentale jusqu'alors inaccessibles à la collectivité ainsi que des mesures visant les jeunes. Ce programme a aussi été conforme aux lignes directrices des CDC visant à limiter l'ampleur des cas de suicide. Chez les jeunes de 15 à 19 ans, le taux de suicide a considérablement chuté presque immédiatement après la mise en place de ce programme, et cette réduction a duré cinq ans. Il n'y a cependant pas eu de comparaison avec une autre collectivité, et il est possible que cette réduction reflète des fluctuations cycliques du taux de suicide s'échelonnant sur plusieurs années. En outre, le nombre de suicides réussis était trop petit pour permettre de prouver que le programme a eu un effet statistiquement significatif. Il s'agit néanmoins du programme évalué le plus rigoureusement, et il illustre tous les principes à intégrer dans une approche communautaire efficace (voir le premier programme recommandé à l'annexe D : le *Jicarilla Mental Health and Social Services Program*).

Une stratégie semblable a été mise en place en 1998 dans de nombreuses collectivités autochtones de l'Alaska. Le *Community-Based Suicide Prevention Program* (annexe D, deuxième programme recommandé) fournit des subventions aux collectivités de tout l'Alaska afin d'assurer le soutien d'activités communautaires comme des sessions d'enseignement sur le patrimoine culturel, des groupes de soutien, des activités récréatives, des systèmes de bénévolat, des services de consultation et des interventions en cas de crise. Une évaluation des résultats entre 1989 et 1993 a révélé que le taux de suicide des collectivités qui ont mis en place des projets a décliné en trois ans plus rapidement que la moyenne de l'État, même si ce taux était au début du projet plus élevé que celui des collectivités autochtones de l'Alaska. Il semble que les collectivités qui ont pu maintenir leurs projets communautaires pendant plusieurs années ont eu les meilleurs résultats.[58] Ces collectivités ont mis en place des projets de types très différents,

mais un point commun a été relevé : la participation active de la collectivité dans l'élaboration et le maintien du programme.

Le rapport de la CRPA a étudié cinq programmes afin de souligner les facteurs qui contribuent à la réussite des stratégies de prévention du suicide chez les collectivités des Premières nations. Les activités efficaces ont été lancées par la collectivité, ont tiré parti des connaissances et de la sagesse des aînés, ont été établies après consultation de la collectivité et avaient une optique très large. La plupart comprenaient des partenariats sous contrôle local avec des groupes externes. Les stratégies axées sur le développement social et communautaire devraient encourager la fierté et l'autonomie de la collectivité, l'estime de soi et l'identité, la transmission des connaissances, des langues et des traditions des Premières nations, et les méthodes de résolution des problèmes sociaux adaptées à la culture.[59]

Pour la collectivité en général, il faudrait diffuser l'information sur le suicide en même temps que l'information sur la santé mentale et les troubles mentaux, les ressources d'aide, et les façons de faire face à l'abus de drogues, à la colère, aux séparations et à la détresse affective.[60] De plus, les programmes de sensibilisation devraient tenir compte des indicateurs et des tendances particulières du suicide.[61]

Les soignants de la collectivité devraient être formés en santé mentale et posséder des aptitudes en consultation familiale et personnelle, en intervention dans le réseau social et en développement communautaire. Les spécialistes des soins primaires (médecins et infirmières) ont besoin des connaissances nécessaires pour reconnaître et traiter la dépression grave et d'autres troubles mentaux.[62] Il faut aussi identifier et former les autres personnes-ressources de la collectivité qui peuvent orienter ceux qui ont besoin

[59] S. Soule, communication personnelle à L. Boothroyd (Culture & Mental Health Research Unit), février 1999.
[60] Kirmayer et al., 1993; CRPA, 1995.
[61] Kirmayer et al., 1993.
[62] CRPA, 1995.

d'aide.[83] Pour de nombreux jeunes, leurs pairs sont des sources de soutien extrêmement importants, et, s'ils sont formés pour agir en tant que conseillers, ils peuvent eux aussi orienter s'il le faut leurs pairs vers une aide professionnelle.

Les programmes visant les groupes d'âge les plus touchés par le suicide dans les collectivités des Premières nations (tant les jeunes de 9 à 12 ans que les adolescents) gravitent naturellement vers l'école, mais il existe des décrocheurs, des familles isolées et d'autres groupes d'âge que l'école ne rejoint pas. Les stratégies communautaires permettent de toucher le plus grand nombre de personnes et d'avoir une influence positive sur la collectivité en général, dans son intégration sociale, l'estime de soi collective et la vision commune.

L'effondrement des pratiques de transmission des traditions culturelles par les aînés semble jouer un rôle significatif dans la démoralisation et le désespoir généralisé des jeunes des Premières nations; l'élaboration de programmes visant à transmettre les connaissances et les valeurs traditionnelles, généralement par des aînés respectés, constitue également un élément vital de tout programme de prévention du suicide destiné aux Premières nations.[84]

Lignes directrices pour prévenir efficacement le suicide

Dans son rapport spécial sur le suicide, la CRPA a insisté pour dire que seule une approche de prévention du suicide sur tous les fronts pourra améliorer la situation dans les collectivités autochtones. Une telle approche comporte des plans et des programmes qui fournissent des services d'intervention en cas de crise suicidaire, qui encouragent les mesures préventives et le développement communautaire à plus d'un plan, et qui répondent aux besoins à

[83] Kirmayer et al., 1993.
[84] Capp et al., 2001.
[85] Kirmayer et al., 1993.

long terme d'autonomie, d'autosuffisance et de guérison de la collectivité.[69]

La stratégie de prévention du suicide la plus apte à changer les choses peut être décrite le mieux en termes de « mieux-être communautaire », c'est-à-dire une stratégie qui encourage la santé sur les plans physique, mental, affectif et spirituel. Ces balises permettent de proposer pour une stratégie de prévention du suicide les lignes directrices suivantes :

- les programmes devraient être lancés et dirigés par des groupes locaux, rendre compte de leurs résultats aux instances locales et intégrer les normes et les valeurs de la culture des Premières nations locale ou régionale;

- la prévention du suicide devrait être la responsabilité de toute la collectivité, ce qui implique soutien et solidarité entre les groupes familiaux, religieux, politiques et autres; les services de santé, les services sociaux et les institutions éducatives devraient aussi coopérer étroitement;

- il est vital de centrer les efforts sur les structures de comportement des enfants et des jeunes gens (jusqu'à la fin de la vingtaine), ce qui nécessite la participation des familles et de la collectivité;

- il faut attaquer le suicide de multiples façons, et le traiter selon les dimensions biologiques, psychologiques, socioculturelles et spirituelles de la santé et du bien-être;

- il faudrait élaborer tant des programmes à long terme que des programmes d'intervention en cas de crise;

- il est crucial d'évaluer l'efficacité des stratégies de prévention.

[69] RCAP, 1995, p.75.

Ces lignes directrices sont conformes aux recommandations de la CRPA[66] et d'autres groupes canadiens[67], de la politique nationale australienne[68] et du rapport *National Strategy for Suicide Prevention*[69] du Surgeon General des États-Unis ainsi qu'aux lignes directrices de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.[70]

Lignes directrices recommandées

Les rôles précis d'un programme communautaire complet de prévention du suicide sont décrits ci-dessous. Si on préfère utiliser des modèles existants, ces programmes devront être soigneusement adaptés à la situation particulière de chaque collectivité.

Orientation

Il faut concevoir la prévention du suicide dans le cadre plus large d'une stratégie multiforme de promotion holistique de la santé qui touche les quatre facettes de la personne, en tant que responsabilité de chacun, de la famille, de la collectivité et de la Première nation ou région.

Coordination

Un programme de prévention du suicide complet exige la présence d'un groupe central de coordination qui réduit les lacunes du système et évite le dédoublement des services. Ce groupe devrait comprendre des représentants des principaux secteurs de la collectivité : les jeunes, les aînés, les intervenants, les professionnels (praticiens en santé, tant médecins que praticiens traditionnels ou culturels, responsables des services sociaux et éducateurs), le gouvernement local, et d'autres. La coopération entre les agences devrait être encouragée afin d'exploiter pleinement les forces de chacun des intéressés, ce qui résulte en une stratégie complète et qui peut s'adapter aux besoins changeants de la collectivité et de

[66] 1995, op. cit.
[67] White, 1998.
[68] *Mental Health Branch*, 1997.
[69] 2001, op.cit.
[70] 2001.

ses membres. Ensemble, tous ces secteurs peuvent créer ou adapter des programmes en fonction de la nature de la collectivité. Cette coopération aura l'effet immédiat de créer une stratégie coordonnée de prévention du suicide. À long terme, la collectivité et l'identité culturelle en ressortiront plus forts, et il y aura un début d'autonomie locale, ce qui améliorera la santé des gens et des collectivités. Le groupe de coordination devrait aussi entrer en contact et superviser une équipe de recherche qui pourra aider à concevoir et effectuer des évaluations des activités et programmes de prévention.

Prévention

Les études existantes indiquent que les stratégies de prévention primaire pour les Premières nations devraient comporter :

- la formation de conseillers, c'est-à-dire un groupe de jeunes formés en techniques de base d'écoute et reconnus comme personnes-ressources pour les autres jeunes en crise;

- l'incorporation dans le programme scolaire d'une éducation sur la bonne santé mentale, affective et spirituelle, le patrimoine culturel en tant que source de méthodes positives afin de surmonter les problèmes, et sur les signes de comportement suicidaire, les dangers de la consommation de drogues et les autres questions de santé importantes;

- l'établissement de programmes récréatifs et sportifs destinés aux enfants et adolescents afin de lutter contre l'ennui et l'aliénation et encourager les réseaux de soutien et un sentiment d'appartenance;

- la présentation d'ateliers pour enfants et adolescents sur les aptitudes à la vie quotidienne, la résolution de problèmes et la communication; les conseillers peuvent donner une bonne

partie de ces ateliers et ainsi devenir des modèles positifs de comportement;

- la présentation d'ateliers destinés aux nouveaux parents et aux adultes sur la vie familiale et le rôle parental et fondés sur des modèles de rôles et de responsabilités appropriés à la culture;

- l'établissement de groupes de soutien pour les personnes et les familles à risque (p. ex., jeunes mères, anciens toxicomanes ou ex-détenus qui reviennent dans la collectivité après leur emprisonnement);

- le lancement de programmes et d'activités culturels pour la collectivité en général (notamment préservation et transmission des traditions des aînés, camping, banquets de cérémonie ou cours de langues des Premières nations);

- la coopération entre les intervenants communautaires et traditionnels ou culturels en santé, en services sociaux et en éducation, afin d'encourager l'intégration des services;

- la formation des intervenants professionnels et bénévoles sur la promotion de la santé et les facteurs de risque de suicide sur les plans physique, mental, affectif et spirituel;

- la création d'occasions pour les membres de la collectivité d'exprimer leurs inquiétudes et leurs intérêts et ainsi favoriser la communication (notamment par des assemblées municipales ou des réunions ou rassemblements communautaires).Un bon nombre de ces activités et programmes peuvent être organisés dans une école ou une clinique; mais leur organisation serait bien plus facile par l'ouverture d'un centre de services communautaires (particulièrement pour les jeunes) où pourraient se tenir ces activités.

Intervention

Les programmes et services suivants permettent d'intervenir auprès des personnes à risque élevé et devraient faire partie intégrante d'une stratégie complète de prévention du suicide :

- la formation des spécialistes des soins primaires (infirmières, médecins, travailleurs sociaux…) en détection des risques de suicide ainsi qu'en traitement de la dépression, des troubles anxieux, de la consommation de drogues et d'autres troubles mentaux;

- l'établissement d'un service d'écoute téléphonique régional, idéalement extérieur à la collectivité afin d'assurer une certaine confidentialité; le personnel devrait toutefois connaître la collectivité afin de réagir de façon appropriée et disposer de personnes ressources au sein de la collectivité qui peuvent au besoin intervenir rapidement;

- l'établissement dans la collectivité ou dans une collectivité voisine d'un centre d'assistance visant à fournir un endroit sûr où prendre du recul et à donner l'occasion d'une intervention intensive; le personnel peut être composé de bénévoles comme des Grands frères ou Grandes sœurs, qui peuvent faire appel au besoin à des spécialistes en santé mentale ou des praticiens traditionnels ou culturels;

- la disponibilité immédiate de services d'intervention en cas de crise, pour les personnes à risque grave;

- l'établissement de services d'évaluation et d'intervention destinés aux parents des jeunes à risque (l'intervention auprès de la personne, du couple ou de la famille à propos de consommation de drogues, de violence familiale ou des répercussions des expériences vécues dans une école résidentielle et du déplacement forcé, par exemple).

Post-intervention

Le suivi systématique des membres de la famille et des amis proches qui sont en deuil à la suite d'un suicide est également nécessaire afin de dépister et d'aider les personnes qui deviennent elles-mêmes à risque : comme il existe des liens étroits entre les membres des collectivités des Premières nations et que plusieurs jeunes éprouvent des difficultés semblables, les suicides surviennent souvent en groupes. Il devient donc vital d'établir un groupe d'intervention pouvant traiter les suicides et les groupes de suicides. Les CDC, aux États-Unis, ont élaboré des lignes directrices à propos des mesures communautaires d'intervention pour les groupes de suicides, notamment l'établissement d'une équipe de post-intervention à laquelle participent tous les secteurs de la collectivité.[71] L'étude et l'adaptation de ces lignes directrices afin d'y incorporer les pratiques culturelles et traditionnelles ainsi que d'autres interventions adaptées à la culture sont recommandées.

Évaluation

La stratégie d'évaluation devrait être élaborée dès le début, en même temps que le programme. S'il le faut, cette tranche du travail peut être faite en coopération avec des chercheurs qui disposent de l'expertise nécessaire. Deux ouvrages détaillés portant sur l'évaluation chez les collectivités des Premières nations et des Inuit sont particulièrement recommandés.[72]

Il faudrait évaluer systématiquement la stratégie générale de prévention mais aussi ses principaux éléments selon les critères suivants : l'efficacité; la faisabilité et l'efficacité par rapport au coût; le processus de mise en œuvre et de maintien; et les incidences sociales et culturelles au sens large. Les résultats d'une évaluation continue peuvent identifier les aspects utiles ou nuisibles de la stratégie choisie, révéler des lacunes ou de nouvelles possibilités de prévention, et permettre de mieux cibler les programmes. Une analyse qualitative et si possible quantitative des effets du

[71] O'Carroll, Mercy et Steward, 1988.
[72] Santé et Bien-être social Canada, 1991; Humanité Services Planning, 1993.

programme sur la société en général ajouterait une dimension critique aux efforts de prévention.

Résumé et objectifs

Nos connaissances sur les Premières nations accusent des lacunes sur :

- le risque de suicide et les facteurs de protection, sur les plans individuel, familial et communautaire, afin d'orienter les interventions;
- les évaluations des programmes et des interventions afin d'indiquer lesquels préviennent réellement le suicide;
- les interventions efficaces auprès des familles et des collectivités touchées par le suicide;
- les modèles d'intégration des pratiques de santé mentale professionnelles et des pratiques traditionnelles.

La question du suicide chez les jeunes exige certes des mesures immédiates fondées sur les connaissances les plus sérieuses dont on dispose; toutefois, il est également vital d'évaluer soigneusement les nouvelles interventions afin de relever les meilleures stratégies et de les partager à tous les intéressés. Auparavant, la collecte de données sur le suicide se butait au stigmate associé aux troubles mentaux, à l'aversion à tenir compte des aspects communautaires et à la perception que le processus de recherche n'offre aucun avantage direct aux collectivités. Or, aider les collectivités à se prendre en main et à choisir ou non de faire appel à des services externes exige une solide compréhension des différents taux de suicide des diverses collectivités et des facteurs sociaux sous-jacents. Afin d'identifier les facteurs de risque et élaborer des stratégies de prévention innovatrices, il faut nécessairement étudier de

nombreuses collectivités, mais comparer ces collectivités entre elles soulève des questions éthiques et pragmatiques complexes.

Ces réflexions ont permis d'énoncer les objectifs suivants :

- Améliorer la possibilité d'effectuer des études épidémiologiques et d'autres évaluations au sein des collectivités des Premières nations.

- Effectuer des études sur les facteurs de risque et de protection relatifs au comportement suicidaire, aux plans a) individuel, b) familial et c) communautaire.

- Effectuer des évaluations qualitatives et quantitatives sur les effets des programmes existants de santé mentale et des pratiques traditionnelles sur les comportements suicidaires, sans négliger les effets d'autres programmes comme les initiatives de développement communautaire et les revendications territoriales.

- Élaborer et évaluer systématiquement des programmes innovateurs de prévention du suicide.

Recommandations

À court terme, le Comité recommande :

- Que Santé Canada, l'Institut de la santé des Autochtones (l'ISA, des Instituts de recherche en santé du Canada) et les autres organismes régionaux et nationaux jugent prioritaires les recherches relatives au suicide dans les collectivités des Premières nations, affectent des budgets pour financer ces recherches et émettent un appel de propositions spécial.

- Que Santé Canada, l'Assemblée des Premières Nations (APN) et les autres organismes s'assurent que les programmes de prévention du suicide éventuellement mis en place comportent une phase d'évaluation systématique et indépendante.

- Que les études pilotes et les projets de démonstration comportent des objectifs précis et un plan pour la prochaine étape de développement afin de guider l'élaboration des programmes suivants.

- Que l'ISA établisse un groupe chargé de coordonner les recherches portant sur la santé mentale, les troubles mentaux et la prévention du suicide afin :

  a) d'encourager la tenue de sondages et d'évaluations de façon à permettre de colliger les résultats et de comparer collectivités et régions;

  b) de coopérer avec les groupes locaux afin d'effectuer des études bien conçues sur l'épidémiologie et l'évaluation des résultats;

  c) d'encourager le partage des données et la diffusion des résultats afin d'éduquer le public et sensibiliser les collectivités (voir l'annexe H, Figure 1).

À long terme, le Comité recommande :

- Que Santé Canada établisse des liens avec l'ISA, l'APN, l'ONSA (Organisation nationale de la santé autochtone), l'Association autochtone de la santé mentale du *Canada* (AASMC), l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) et d'autres organismes pour tenir un congrès national sur la prévention du suicide afin de faire avancer le dialogue au sujet du suicide, faciliter le transfert de compétences, tenir des ateliers sur la collecte des données, et effectuer des évaluations et

informer les collectivités des avantages d'un partage ouvert des données épidémiologiques et évaluatives.

- Que l'ISA et l'ONSA créent un centre d'échange national et un site Web sur les modèles de pratiques exemplaires et les méthodes de recherche et d'évaluation de santé appropriés à la culture des collectivités et populations autochtones. Ces ressources pourraient être liées à des groupes et des sites semblables d'autres pays comme les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande qui s'intéressent aussi à la santé mentale des collectivités autochtones.

Partie 2 : Vers des services de santé holistiques intégrés et efficaces aux paliers national et régional

La présente section traite de l'organisation des services de santé destinés aux Premières nations. La répartition des compétences établie dans l'article 91(24) de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique, 1867* a donné au gouvernement fédéral l'autorité sur les Indiens et les terres réservées aux Indiens. Santé Canada, par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (précédemment appelée la Direction générale des services médicaux) a fourni des services médicaux aux citoyens des Premières nations par des apports financiers. Il n'existe cependant aucun mandat clair pour la prestation de services de santé mentale.

Description des programmes existants

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a le mandat d'assurer la prestation de plusieurs programmes dont certains comportent un élément de santé mentale. Les quatre voies de financement de la DGSPNI pour des services touchant la santé mentale sont actuellement : 1) le programme Grandir ensemble, 2) l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, 3) le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) et 4) le Programme des services de santé non assurés (SSNA), intervention en cas de crise et consultation en santé mentale. Divers services de santé mentale sont fournis aux Premières nations par un ou plusieurs de ces programmes.

La prestation du programme Grandir ensemble, mis en œuvre en 1993, et de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, lancée l'année suivante, est assurée dans les collectivités par les Premières nations. En outre, le SSNA assure les interventions en cas de crise et fournit des consultations de courte durée. Ces programmes existent depuis de nombreuses années et disposent de ressources considérables, mais aucune évaluation n'en a été faite depuis leur

création; évaluer leur efficacité maintenant serait difficile, mais non impossible. Vous trouverez à l'annexe E les dépenses approximatives au cours de l'exercice financier 2001-2002 pour les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé ainsi que pour le Programme des services de santé non assurés. Cependant, les sommes indiquées à l'annexe E pour les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé ne comprennent pas les apports financiers aux collectivités ayant passé des accords de transfert.[1]

Grandir ensemble a pour but d'appuyer les activités communautaires dans un cadre de développement communautaire qui favorise le bien-être des enfants, des familles et des collectivités des Premières nations par le biais de programmes sur la santé mentale, le développement de l'enfant, le rôle des parents, la santé du bébé, la prévention des blessures et la désintoxication après l'abus de solvants. Le programme Pour des collectivités en bonne santé vise plutôt à appuyer la création de services communautaires spécialisés de traitement des troubles mentaux, de services d'intervention et de programmes de lutte contre l'abus de solvants.

Tel qu'exposé dans la Partie 1, l'abus de drogues constitue un facteur de risque pour le suicide. Le PNLAADA a été lancé en 1984, et la plupart des collectivités des Premières nations disposent d'au moins un travailleur social relevant du PNLAADA. En outre, le programme de traitement résidentiel comprend maintenant un réseau national de 53 centres de traitement (pour un total de 695 lits) gérés par des organismes ou des collectivités des Premières nations dans le but de fournir des services de traitement aux hospitalisés ou des soins ambulatoires appropriés à la culture pour les alcooliques et autres toxicomanes. L'apport financier fourni pour ce programme au cours de l'exercice 2001-2002 se trouve aussi à l'annexe E.

[1] De nombreuses collectivités des Premières nations ont signé avec Santé Canada des accords de transfert en vertu desquels la gestion des services de santé passe du Gouvernement fédéral aux Premières nations.

Le programme SSNA a pour objectif d'assurer des services de santé conformes à la capacité de financement et adaptés aux besoins particuliers des citoyens des Premières nations afin que leur état de santé soit comparable à celui des autres Canadiens non autochtones vivant dans un contexte semblable. Le budget du programme SSNA vise à fournir des fonds d'urgence limités pour des traitements professionnels en santé mentale auprès des personnes et collectivités à risque et en situation de crise.[74]

Les avantages sociaux couverts par le SSNA comprennent les médicaments en vente libre et d'ordonnance ainsi que les fournitures et l'équipement médical, les soins dentaires, les soins de la vue, le transport pour des raisons médicales, les cotisations au régime provincial d'assurance-maladie (en Alberta et en Colombie-Britannique seulement) et d'autres soins de santé comme des consultations en santé mentale dans le cadre d'une intervention d'urgence.[75] Afin de maintenir la qualité des soins et assurer l'imputabilité des services, les services de santé mentale financés par le SSNA sont fournis par des professionnels de la santé mentale, notamment des psychologues, des infirmières en psychiatrie et des travailleurs sociaux.[76] La consultation en santé mentale entre dans la catégorie « autres soins de santé » du SSNA, et représente 8,9 millions de dollars, soit un peu plus de la moitié du budget de 16,1 millions de dollars prévus pour l'exercice 1990-2000, même si selon son mandat le SSNA doit desservir les personnes et les collectivités en crise. Aux fins de comparaison, on a dépensé pendant la même période (1990-2000) près de 4,5 millions de dollars en prescriptions pour benzodiazépines (des médicaments anxiolytiques) pour la population admissible au SSNA.

Problèmes des programmes actuels

De nombreux problèmes deviennent évidents par l'étude des questions relatives à l'état actuel des services. Un des secteurs les

[74] Directive provisoire du programme SSNA, No 7, Services de santé mentale, introduction, p.1.
[75] Rapport annuel 1999/2000 du programme SSNA, p.3.
[76] Directive provisoire du programme SSNA, p.1.

plus importants touche au programme d'intervention en cas de crise des *services de santé mentale du SSNA, car la couverture des* services de santé mentale de base du SSNA semble inadéquate : certains services sont couverts, d'autres non. Cela peut pousser à une insistance indue sur certains types de traitement (plus précisément, pharmacologiques) au détriment d'autres stratégies comme la consultation. Les collectivités en crise à la suite de tentatives de suicide (réussies ou non) sont les bénéficiaires visés par les interventions de crise en santé mentale du SSNA; il existe toutefois une série de problèmes liés à l'utilisation de ces services.

- Selon les directives provisoires du programme, les fonds du SSNA sont accessibles à des collectivités particulières en situation de crise ou à risque élevé, la fréquence d'utilisation de ces ressources et la proportion utilisée réellement aux fins prévues sont toutefois inconnues.

- Le nombre de sessions de consultations auxquelles a droit chaque client varie selon la région; dans certains cas, le nombre maximal de sessions subventionnées a été réduit.

- Des questions ont été soulevées sur la rapidité des approbations relatives aux consultations, ce qui permettrait à la crise de passer avant le début des consultations.

- Dans certaines régions, on juge que le processus d'approbation pour les consultations est laborieux et exige beaucoup de formalités administratives.

- L'admissibilité aux services et l'enregistrement des clients dans le système de vérification (la base de données de la DGSPNI sur tous les clients admissibles aux avantages du programme SSNA) soulèvent plusieurs questions.

- L'accessibilité des services pour les personnes vivant dans les réserves ou à l'extérieur de ces réserves est quelquefois problématique, si par exemple les conseillers relevant du SSNA exercent leur pratique à l'extérieur des réserves, les bénéficiaires peuvent éprouver des problèmes à se rendre ou à assister à leurs sessions de consultation.

- Certains clients peuvent sentir que l'aide fournie n'est ni appropriée ni pertinente à leur culture.

- Les jeunes en particulier peuvent ressentir une incapacité à entrer réellement en relations avec les conseillers à leur service, ce qui peut faire obstacle à leur capacité d'établir une rencontre avec le thérapeute sinon les empêcher de faire suite aux conseils donnés.

- Les conseillers peuvent ne pas tous avoir la même aptitude à fournir des services de santé mentale efficaces et fondés sur les faits et à défendre les intérêts des clients ayant besoin de services de santé mentale plus spécialisés.

- Les conseillers qui relèvent du SSNA peuvent ne pas tous avoir les mêmes compétences ou la même confiance pour traiter les patients difficiles, notamment les patients gravement suicidaires.

- Par nécessité ou pour des raisons de temps, les conseillers peuvent se voir forcés les sessions de consultation à d'autres fins que les fins prévues (p. ex., pour d'autres raisons que des consultations à court terme d'intervention en situation de crise; ou même dans certains cas doubler le nombre de sessions réellement subventionnées). Certaines de ces situations peuvent mener à l'épuisement professionnel des conseillers qui tentent d'en faire trop avec des ressources clairement insuffisantes.

- La confidentialité est une question très importante pour les personnes qui envisagent la consultation, et elle devient cruciale pour les citoyens de petites collectivités.

- Les particuliers au passé troublant et souffrant de multiples affections mentales (p. ex., difficultés familiales ou de couple, abus de drogues, violence familiale et passé criminel) peuvent bénéficier de services de nombreux organismes différents, ce qui mène à la fragmentation des services et à un manque de coordination.

- L'interprétation de la directive du SSNA varie de région en région au sujet des services fournis. Par exemple, la directive sous-entend que les services sont disponibles aux particuliers et aux collectivités à risque et en situation de crise. Cela tend à favoriser les collectivités disposant des meilleures capacités de faire appel à ces fonds et ces services, et constitue un obstacle à la prestation de services mieux intégrés.

Le mandat énoncé par la directive de programme des services de santé mentale non assurés rend admissibles les collectivités à risque et en situation de crise où le plan de traitement pour le particulier ou la collectivité comprend la durée prévue du traitement et les coûts pertinents tels qu'évalués par le(s) prestataire(s) des services. Les moyens de prestation de ces services peuvent comprendre des contrats entre la DGSM et les thérapeutes en santé mentale et des ententes de contribution avec les Premières nations.[11] À toutes fins utiles, la présente directive permet la prestation de services différents aux collectivités en crise, selon leurs besoins manifestés par les suicides et les crises. La mise en œuvre actuelle n'est certes pas une approche uniforme; en fait, il existe de vastes différences dans le financement de collectivités souffrant pourtant de taux de suicide semblables et vivant dans la même région (p. ex., de 140 $ à 3 $ par personne).

[11] Directive provisoire de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour les services de santé mentale, 1994.

La séparation indue des diverses voies de financement constitue un autre problème grave. Les services de la DGSPNI tendent à être divisés selon des domaines bureaucratiquement distincts, ce qui fait obstacle à l'objectif de services bien intégrés. Cet état de choses tend aussi à donner un avantage aux collectivités disposant des plus grandes ressources et le mieux en mesure d'avoir accès aux diverses sources de financement. En plus des ressources de la DGSPNI, de nombreuses collectivités des Premières nations ont pu obtenir des subventions de la Fondation pour la guérison des Autochtones, mais il s'agit d'une aide de durée limitée : les derniers projets admissibles doivent avoir été lancés avant la fin de l'année prochaine. En outre, les gouvernements provinciaux reçoivent des fonds pour fournir des services de santé mentale à tous leurs citoyens, bien que la capacité des citoyens des Premières nations à avoir accès à ces services reste inconnue.

Les taux de suicide varient beaucoup d'une collectivité des Premières nations à l'autre, et une vague de suicides peut avoir des répercussions désastreuses.[78] Or, les ressources d'aide tendent à aller aux collectivités les mieux capables d'attirer l'attention (par les médias ou l'activité politique) plutôt que selon des critères plus sérieux appliqués équitablement. Il faut revoir le système pour s'assurer qu'il peut aider non seulement les collectivités en mesure de demander formellement de l'aide, mais aussi les collectivités désemparées qui n'ont pas les ressources nécessaires pour faire une demande efficace.

Les services financés par les provinces ainsi que les services de santé mentale relevant du SSNA varient également entre les provinces et les régions. En effet, le financement des programmes comme Grandir ensemble, Pour des collectivités en bonne santé et le PNLAADA est fondé essentiellement sur le nombre de personnes que compte chaque collectivité. Une telle distribution désordonnée des fonds et des services refuse ainsi aux collectivités dont les taux

[78] CRPA, op. cit., p.11.

de suicide sont les plus élevés l'accès aux fonds et aux services correspondant à leurs besoins. Il n'existe actuellement aucun mécanisme qui puisse assurer que les collectivités à risque élevé ou en situation de crise reçoivent une aide adéquate des divers paliers de gouvernement (fédéral et provincial). Les agents communautaires, qui disposent de peu de ressources, sont rarement formés adéquatement et ont peu de soutien d'une équipe, doivent souvent faire face seuls aux situations individuelles et communautaires les plus ardues.

Aucune donnée n'est actuellement disponible sur l'utilisation des services du SSNA par les collectivités les plus gravement touchées ou les plus à risque pour le suicide chez les jeunes, car la plupart des études se sont limitées aux facteurs et aux besoins individuels. La collecte de données sur les facteurs permettant de repérer les collectivités à risque exigera l'étude de nombreuses collectivités au cours de la même période.[79]

La DGSPNI n'a jamais auparavant fait de démarches pour identifier les collectivités à risque élevé pour le suicide. La Direction a habituellement réagi par des mesures tardives prises selon la couverture médiatique plutôt que pour repérer les problèmes avant qu'ils ne s'installent. Voici la situation actuelle : les crises deviennent connues du grand public par des reportages dans les médias, ce qui pousse à prendre des mesures pour redresser une situation qui dure depuis longtemps, mais il ne s'agit souvent que d'interventions à court terme qui ne traitent que la crise et non ses causes sociales et structurelles plus profondes.

Les données quantitatives disponibles ne permettent pas de dresser un portrait fidèle de la quantité et de la qualité des services fournis par l'intermédiaire du programme SSNA; il est par conséquent impossible d'en tirer des conclusions claires sur la prévention du suicide.

[79] Kirmayer, L.J., Fletcher, C. et Boothroyd, L.J., « Suicide Among the Inuit of Canada », dans Leenaars, A.A. et. al., (réd.) *Suicide in Canada*, Toronto, University of Toronto Press, 1998, p. 194.

Des différences ont été relevées entre les régions et à l'intérieur des régions dans l'utilisation des ressources du SSNA; cela aussi rend difficile l'intégration des services entre les régions et sur le plan national. Ces différences proviennent en partie de divergences régionales dans l'interprétation de la directive provisoire du programme (c'est-à-dire si les services sont destinés exclusivement aux particuliers).

Les racines du problème

Les fonds fournis par les programmes Grandir ensemble et pour des collectivités en bonne santé et le programme d'intervention d'urgence en santé mentale du SSNA ne semblent pas établis en fonction des besoins en services de santé mentale des collectivités, particulièrement dans le cas de collectivités en crise à la suite d'une vague de suicides. Parmi les origines profondes de ce problème, mentionnons l'absence d'un mandat clair sur la santé mentale, plusieurs questions relatives au partage des compétences entre les gouvernements fédéral et provincial, l'absence d'un plan national de coordination, le manque de stratégies visant à repérer les problèmes à un stade précoce, un soutien et une rémunération insuffisants pour assurer des services de santé mentale appropriés.

Le facteur le plus important est à présent l'absence de mandat national sur la santé mentale des Premières nations : sans mandat, ni une politique d'ensemble ni un programme national de santé mentale n'ont été établis.

Calculer les fonds affectés selon la population (l'approche uniforme utilisée pour les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé) peut en fait concourir à l'émergence de disparités sociales et structurelles entre les Premières nations relativement en bonne santé et celles habituellement en crise, car le financement est établi selon une formule plutôt que selon les besoins. Une des conséquences de cette approche est qu'elle permet aux collectivités dont le taux de suicide est

proportionnellement bas de financer des initiatives de prévention primaire, comme des ateliers sur des questions de santé, alors que les collectivités souffrant d'un taux élevé de suicide doivent utiliser les fonds fournis pour la prévention tertiaire, c'est-à-dire les interventions après un suicide.

Solutions

Pour que la DGSPNI puisse prendre progressivement les mesures nécessaires pour aider les collectivités en crise à la suite de suicides ou de tentatives de suicide, il lui faut disposer de lignes directrices pour l'évaluation des collectivités fondées sur la situation préalable et les facteurs de risque; or, ces lignes directrices restent à établir et à évaluer (vous trouverez à l'annexe F l'ébauche d'un outil d'évaluation des collectivités).

Une étude des services et des pratiques résultant des mandats actuels serait utile pour orienter les efforts de coordination, d'intégration et d'optimisation des services existants de santé mentale destinés à pallier à la tragédie des suicides chez les jeunes des Premières nations car elle pourrait signaler les lacunes et les dédoublements de services.

Afin d'orienter les services aux paliers national et régional vers un système mieux intégré et plus efficace, le Comité consultatif sur la prévention du suicide propose les objectifs suivants.

Objectifs

- Établir un mandat national sur la santé mentale des Premières nations.

- Augmenter dans toutes les collectivités des Premières nations les fonds affectés aux services de santé mentale fondés tant sur le modèle médical occidental que sur les approches de guérison traditionnelles.

- Améliorer la capacité de la DGSPNI de Santé Canada (aux paliers national et régional) et de l'APN de réagir à l'émergence des crises dans les collectivités avant que les médias attirent l'attention à ces situations et ce, sans dépendre des médias pour être informés de ces problèmes.

- Élaborer un système national de surveillance visant à assurer en permanence le suivi du niveau de risque et de crise des collectivités.

- Régler le problème de la distribution inadéquate des ressources existantes afin d'épargner aux collectivités la nécessité de présenter et de maintenir une image de pathologie et de désespoir afin d'avoir accès aux ressources désirées (services et appui).

- Assurer que les praticiens en santé mentale, les praticiens traditionnels et culturels et les travailleurs des collectivités disposent de ressources et d'un soutien adéquats et qu'ils ont accès aux informations les plus récentes sur les pratiques exemplaires.

- Assurer que les praticiens en santé mentale, les praticiens traditionnels et culturels et les services de toxicomanie travaillent de façon plus coordonnée et coopèrent mieux, et que participent notamment les services sociaux et les services d'éducation aussi pour que les collectivités et leurs membres reçoivent des soins de santé mieux intégrés et conformes aux notions autochtones de santé et de bien-être.

- À l'aide de programmes de sensibilisation communautaires, rendre les programmes de santé mentale et de toxicomanie plus dynamiques auprès de leurs clients jugés à risque élevé d'automutilation ou de suicide.

Recommandations

À court terme, le Comité recommande :

- Que la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, de concert avec l'APN, étudie et réévalue le mandat du programme de Services de santé non assurés (SSNA), tel qu'il a été proposé dans la directive provisoire de programme pour les services de santé mentale de mars 1994, afin d'établir à quel degré ce programme répond aux besoins des collectivités en crise.

- Que soient augmentés les budgets affectés aux services de santé mentale par le SSNA et que soit prévu un budget pour les praticiens de médecine traditionnelle. De plus, que les bureaux régionaux de la DGSPNI encouragent une plus grande latitude et une interprétation plus large du mandat du SSNA relatif aux services de santé mentale afin d'élargir l'accès à ces services dans les réserves de toutes les régions.

- Qu'un projet pilote établi à l'aide des « Lignes directrices d'évaluation des collectivités en crise » soit effectué (voir à l'annexe F une ébauche de ces lignes directrices) afin de faire participer les collectivités dans un processus pouvant dépister les conditions préalables et évaluer leur degré de risque relatif aux suicides.

- Que Santé Canada affecte des ressources à l'élaboration de documents éducatifs pertinents et adaptés aux différences culturelles (p. ex., vidéos, affiches, dépliants). Ces documents devraient autant traiter de questions comme la recherche d'aide en cas de crise ou de dépression que promouvoir le bien-être et la santé mentale.

À moyen terme, le Comité recommande :

- Que Santé Canada lance et soutienne la création d'une stratégie nationale complète sur la santé mentale des Premières nations (notamment le mandat, les politiques et les programmes) qui intégrerait des perspectives holistiques dans le but de faire face au suicide, aux troubles mentaux et aux autres graves problèmes mentaux, physiques, affectifs et spirituels qui sévissent dans les collectivités des Premières nations.

- Que soient réévaluées les méthodes actuelles d'allocation budgétaire (p. ex., par proposition ou par habitant) afin d'assurer que les ressources affectées aux services de santé mentale pour les collectivités des Premières nations le soient selon des besoins réels tels qu'établis par un processus d'évaluation normalisé. Une évaluation du programme fondée sur les résultats attendus par les clients et les collectivités servira de base pour les décisions sur l'affectation des budgets suivants.

- Qu'avec l'aide d'experts-conseils cliniques, la DGSPNI étudie et évalue les tendances d'utilisation des médicaments psychotropes par rapport aux dépenses actuelles. Cette évaluation pourra établir si les antidépresseurs et autres médicaments sont utilisés de façon appropriée et s'il vaudrait mieux réaffecter une certaine tranche du budget de la DGSPNI à des interventions non pharmacologiques.

- Que soient formés en gestion des cas, en techniques de réunion des intéressés et en d'autres modèles à l'appui des services intégrés aux clients et de la coopération pluridisciplinaire les responsables de la prestation des services de santé mentale, des services de santé holistique

et des services sociaux. Qu'ils soient également formés en prévention du suicide, en reconnaissance des signes de dépression, en évaluation des risques de suicide et en utilisation des techniques d'approche communautaire, et que Santé Canada, de concert avec l'APN, finance ces sessions de formation.

- Que les professionnels désignés travaillant au sein des collectivités des Premières nations, notamment les médecins, soient rémunérés par un tarif quotidien plutôt que par le paiement à l'acte afin d'encourager une plus grande supervision clinique, de plus fréquentes réunions des intéressés, une meilleure gestion des cas et des approches de coopération pluridisciplinaire.

- Que Santé Canada conçoive et mette en place un service national de consultation en cas de crise afin de repérer les collectivités où le risque de suicide est le plus élevé. Par exemple, il est possible d'établir à l'échelle nationale un système d'évaluation des collectivités (mentionné ci-dessus au point 9) pour aider les collectivités à évaluer leur état psychologique et social et leur utilisation de toutes les sources nationales et provinciales d'assistance financière relative à la santé mentale et des autres services (p. ex., les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé, le SSNA, le PNLAADA, la Fondation pour la guérison des Autochtones, les services à l'enfance et à la famille, etc.).

- Qu'on s'efforce, lorsqu'une collectivité est dépistée comme étant en crise (selon le système d'évaluation des collectivités), d'améliorer les ressources en services de santé requises et de s'assurer que ces services sont disponibles et accessibles par et dans la collectivité. Cette évaluation devrait être mise en contexte et expliquée à la collectivité

en termes positifs et de façon constructive. Il faudrait offrir activement aux collectivités dont le risque de suicides est élevé des services de santé mentale professionnels et des services de santé traditionnels ou culturels avant l'éclatement des crises.

- Que Santé Canada finance l'établissement et la gestion d'un groupe national de conseillers composé de praticiens en santé mentale, notamment des praticiens traditionnels, disposant d'une solide expérience en intervention d'urgence, en prévention du suicide et en pratique ou recherche clinique au sein des Premières nations. Ce groupe pourrait se réunir régulièrement afin d'évaluer les progrès en intervention d'urgence, en prévention du suicide et en post-intervention, pour conseiller la DGSPNI et l'APN et mettre sur pied un réseau de soutien auquel les travailleurs communautaires pourraient faire appel.

À long terme, le Comité recommande :

- Que ce groupe de conseillers élabore et mette en œuvre un plan de soutien des travailleurs communautaires par le biais de consultations, d'établissement de réseaux et de suivi en continu à l'aide des technologies accessibles (p. ex., visites sur place après invitation, Internet et site Web, télépsychiatrie, documents multimédias, etc.). Ce plan devrait comporter un programme de formation ou d'apprentissage. L'échange d'information entre les conseillers et les travailleurs communautaires s'effectuerait dans les deux sens afin de pouvoir tenir à jour les profils des collectivités.

Partie 3 : L'importance des stratégies établies par les collectivités

Introduction

La situation difficile dans laquelle se trouvent actuellement les jeunes Autochtones ne peut pas être considérée indépendamment des problèmes légués à leurs collectivités par le colonialisme. Selon la CRPA, la colonisation a eu comme conséquence historique un déséquilibre des pouvoirs; elle en a conclu que les taux de suicide élevés chez les Autochtones sont entraînés par un profond désarroi social et culturel.[80] La perte de contrôle sur leurs vies et leurs terres qu'ont subi les peuples autochtones a aggravé la longue succession de problèmes sociaux, politiques et économiques dont souffrent toujours ces collectivités. Avec un tel passé, tout programme visant à réduire le taux de suicide chez les jeunes des Premières nations devra également s'efforcer de redonner aux collectivités autochtones un sentiment de propriété et d'autonomie.[81]

La prise en charge et la gestion par les collectivités de l'élaboration et la mise en place des programmes de prévention du suicide est un thème important dans les études et les rapports sur la santé des Autochtones. L'autonomie locale a été jugée un élément essentiel de la réussite de nombreux programmes visant à lutter contre l'alcoolisme et la toxicomanie, le suicide et la violence familiale[82] ainsi qu'un aspect crucial du succès du *Community-Based Suicide Prevention Program* (CBSPP) actuellement en cours en Alaska.[83] La CRPA recommande également aux collectivités autochtones locales de prendre en main la conception de la stratégie générale et de la mise en œuvre des programmes visant à prévenir le suicide.[84]

L'idée que la solution ne peut pas être empruntée d'organismes ou d'autres collectivités externes ou imposée par eux a aussi été

[80] CRPA, op. cit.
[81] Vous trouverez à l'annexe G une définition des collectivités ainsi qu'un résumé des stratégies actuelles de développement communautaire.
[82] Davis - 1999 p. 15.
[83] Davis - 1999 p. 33-35, op. cit. in Part One (see recommended program # 2 in App. D).
[84] CRPA, op. cit.

clairement exprimée par les jeunes autochtones qui ont participé à la Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski.[85] Comme l'ont fait remarquer Dion Stout et Kipling,

> ... il faut élargir la portée des programmes de surveillance, de prévention et d'intervention d'urgence du Nord, en insistant fortement sur les initiatives conçues et mises en place par les collectivités elles-mêmes.[86]

Par conséquent, la participation de la collectivité à l'élaboration d'un programme de lutte contre le suicide devient aussi importante que le programme ainsi élaboré. Il est donc essentiel de fournir un appui aux collectivités pour qu'elles puissent se charger de ce processus.

Pourquoi faire participer les collectivités?

Aux yeux des professionnels et des gouvernements travaillant en prévention du suicide, des raisons tant pratiques qu'éthiques justifient la participation des collectivités des Premières nations :

- Imposer aux Premières nations un programme qu'elles n'ont pas élaboré représenterait purement et simplement une perpétuation des approches coloniales du passé et maintiendrait le déséquilibre des pouvoirs actuel et historique.

- Aider les collectivités à prendre en charge et à maintenir le processus et les programmes nécessaires pour prévenir les suicides chez les jeunes représente le meilleur moyen d'assurer que les programmes auront une optique large et seront adaptés aux besoins particuliers de la collectivité, qu'ils traiteront certaines des causes profondes du suicide, et que les programmes élaborés incorporeront tous les stades et les niveaux de prévention.

[85] Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski, 1995 (op. cit.), p. 31.
[86] Madeleine Dion Stout et Gregory D. Kipling, 1999, p. 15.

Optique large et adaptation aux besoins de la collectivité

La première partie du présent rapport a signalé que 15 études ont jusqu'ici été effectuées au Canada pour évaluer les programmes de prévention du suicide;[87] la plupart portent sur des programmes en milieu scolaire. Dans leur analyse de ces études, Breton et ses collègues ont remarqué que les programmes centrés sur un seul secteur (comme le milieu scolaire) n'atteignent qu'une partie de la vie des jeunes. Dans sa vie quotidienne, une jeune personne entre en contact avec un grand nombre d'institutions et de groupes sociaux, comme son école, sa famille ou la collectivité en général. Afin d'être efficace et de toucher autant de jeunes que possible, le programme de prévention du suicide élaboré doit par conséquent toucher tous les aspects de la vie des jeunes.

Traitement des causes profondes du suicide

On décrit souvent le suicide comme le symptôme ou le signe d'un problème plutôt qu'en tant que problème important en soi. Pour s'attaquer à l'impuissance sous-jacente et à la perte de contrôle sur sa vie (facteurs qui peuvent entraîner un comportement suicidaire), les programmes de prévention ne doivent pas seulement s'attaquer au symptôme. En d'autres termes, les programmes de prévention ne doivent pas n'être centrés que sur les interventions d'urgence : ils doivent également comprendre un projet de développement à long terme et une gamme de mesures de prévention.

Ce projet de développement à long terme est ensuite mis en œuvre dans le contexte social de la collectivité, qui constitue un milieu vital pour les interventions de sensibilisation aux questions de santé.[88] La structure sociale de la collectivité est également jugée importante pour aider les jeunes à développer leur potentiel.[89] Les processus de développement communautaire auxquels participe la collectivité peuvent s'efforcer de créer de nouveaux liens et de resserrer les liens existants entre les divers secteurs responsables de la socialisation des jeunes (notamment la famille, l'école, les groupes

[87] Tel que signalé ci-dessus, ces études n'ont pas porté spécifiquement sur les jeunes Autochtones ou les Premières nations.
[88] Hawe, 1994; Poland et al., 2000.
[89] Garbarino, 1985.

d'amis et les clubs et organismes sportifs ou non dont peuvent faire partie les jeunes). La multiplication des liens entre les différents contextes sociaux auxquels les jeunes participent est une caractéristique des milieux communautaires forts.[90]

Inclusion de tous les stades et niveaux de prévention

Quelques programmes accordent aux autorités locales un certain droit de regard. Cependant, le sentiment de responsabilité et d'implication ne peut être présent que si le programme est élaboré avec et par les Premières nations. Si l'on désire élaborer un programme de prévention du suicide adapté aux besoins particuliers d'une collectivité, il n'est que normal que la collectivité puisse fournir — et elle le devrait — des renseignements cruciaux qui méritent une étude sérieuse pour la prise de décisions.

La participation de la collectivité est nécessaire pour adapter les programmes aux besoins de chacune des collectivités, appuyer leur implication et assurer qu'elles prennent ces programmes en charge. En fait, on peut considérer la participation des collectivités comme la pierre angulaire du processus visant à élaborer un programme complet de prévention du suicide.

Participation active des jeunes

L'Organisation mondiale de la santé considère les jeunes comme une ressource et une force de la collectivité et les encourage à participer activement à la promotion de leur santé.[91] Le Conseil canadien de développement social abonde d'ailleurs en ce sens.

Tous les enfants ont droit à des chances égales de développer leur plein potentiel, et notre avenir dépend de la capacité qu'auront nos enfants d'être à la hauteur des exigences d'une société complexe et d'une collectivité toujours changeante.[92]

[90] Ibid.
[91] Organisation mondiale de la santé, 1993.
[92] Conseil canadien de développement social, 1996.

Cette opinion est conforme aux objectifs nationaux de développement sain des enfants et des jeunes qui visent à encourager et protéger leur santé et leur bien-être en renforçant leurs capacités et en leur donnant de réelles occasions de participer aux activités qui les touchent.[93]

La promotion de la santé remet en question les notions habituelles de participation et de santé sur la mise en place d'interventions préventives auprès des collectivités. En effet, le terme « habilitation » signale la transition entre une approche imposée du sommet et la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des problèmes de santé particuliers par des processus organisationnels et communautaires visant à faire participer les gens de tous les âges aux décisions qui touchent leur vie quotidienne.[94] En d'autres termes, les adolescents devraient participer activement à la planification et la mise sur pied des activités touchant leur santé plutôt qu'être uniquement les clients passifs de programmes conçus et mis en œuvre par des adultes.

Les approches contemporaines sur la santé des adolescents considèrent que la participation active des jeunes dans leur milieu est cruciale à la réalisation de leur potentiel.[95] Il est possible d'encourager les jeunes à réaliser leur potentiel en participant activement à l'aide d'un processus de partenariat avec des adultes qui en soi leur permet de renforcer leurs capacités.[96] En appuyant le renforcement des capacités des jeunes, les adultes deviennent en outre des conseillers auprès des jeunes[97] et facilitent leur participation active à la prise de décisions.[98] Les jeunes trouvent ainsi l'occasion de développer leurs connaissances et leurs aptitudes, et de plus, renforcent leur sentiment d'identité et assurent leur place au sein de la collectivité en faisant une différence dans leur environnement social.[99]

[93] Santé Canada, 1997.
[94] Green, 1986; Green, 1999.
[95] Blyth et Roehlkepartain, 1995; Geraghty et Roehlkepartain, 1995; Takanishi, 1993a.
[96] MacDonald et Green, sous presse.
[97] Ringwalt, Graham, Pascall, Flewelling et Browne, 1996.
[98] Wallerstein, 1992.
[99] Cargo, 1998; Chinman et Linney, 1998.

Meilleures méthodes de participation communautaire

Les documents pertinents s'entendent pour dire que les processus et techniques de développement communautaire peuvent instaurer et appuyer la responsabilité locale.[100] L'aspect le plus important du développement communautaire, dans l'optique de la prévention du suicide, est qu'il permet aux gens de s'assembler, d'agir en vue d'atteindre un objectif et de prendre leur vie en main. Il permet en outre d'adapter les interventions à la situation et aux besoins uniques de chaque collectivité, il aide à encourager les membres de la collectivité à appuyer les interventions et il améliore les chances que les initiatives lancées soient maintenues.

Comme il n'existe à ce jour aucune étude ayant évalué le développement communautaire à titre d'intervention pour prévenir le suicide, plusieurs questions sur les pratiques exemplaires restent toujours en suspens :

- Quelles sont les meilleures méthodes pour encourager la participation des collectivités?
- Quels sont les meilleurs outils à utiliser dans une situation particulière?
- Comment renforcer la capacité de développement communautaire des collectivités des Premières nations?
- Où et comment le processus de développement communautaire peut-il s'intégrer aux interventions cliniques, les éclairer ou interagir avec elles?
- Comment évaluer l'influence du développement communautaire sur le suicide?

Il importe également de reconnaître que les besoins des collectivités varient selon la gravité et la fréquence des suicides et les mesures

[100] Commission royale sur les peuples autochtones, 1995, p. 105.

qu'elles ont prises à ce sujet. Les membres d'une collectivité récemment touchée par le suicide sont dans un état d'esprit différent, et leurs besoins diffèrent, de ceux pour qui le dernier suicide remonte à un certain temps : les étapes du deuil comptent aussi. La stratégie de développement communautaire la mieux appropriée et la plus efficace sera différente pour une collectivité « à risque », une collectivité en crise et une collectivité « en santé ».

De même, on doit porter une attention particulière à la participation des jeunes dans le processus de développement communautaire, afin de s'assurer que ce processus leur permet de réellement y participer. La période de développement personnel que constitue l'adolescence est plus souvent décrite en termes de risques que de possibilités[91] ; jusqu'à un certain point, la santé des adolescents est devenue synonyme de « risques » et de « comportements à risque »[92]. On a ainsi stigmatisé les jeunes en les voyant comme un problème social à régler plutôt qu'étudier les situations sociales qui contribuent à la vulnérabilité ou à la force morale des jeunes[93].

Les programmes d'intervention qui voient l'origine des problèmes chez le particulier ou la culture sont appelés des modèles fondés sur les lacunes[94] ou les besoins[95]. Des façons plus récentes d'aborder la santé des adolescents sont plutôt fondées sur des modèles positifs de santé : on y vise à développer le potentiel des jeunes à partir de leurs forces et de leurs atouts.[96] Ces approches, appelées « de développement positif des jeunes », ont en commun l'insistance sur la famille, la collectivité et la société au sens large, qui interagissent dans la société actuelle pour former l'identité des jeunes. Il incombe aux adultes et tout spécialement aux parents de créer les environnements qui encouragent le développement sain des jeunes. La prévention du suicide commence donc par les parents, qui doivent éduquer leurs jeunes enfants de façon positive.

[91] Albee, 1981; Rappaport, 1981; Takanishi, 1993a; Takanishi, 1993b
[92] Jessor, 1991; Jessor, 1993
[93] Madison, 2000; Mertens, 2001
[94] Madison, 2000.
[95] Albee, 1981; Rappaport, 1981
[96] Blyth et Leffert, 1995; Blyth et Roehlkepartain, 1995; Lerner, 1995; National Clearinghouse on Children and Youth, 1996; Zeldin et Price, 1995

Résumé et objectifs

L'élaboration de programmes qui peuvent tant être adaptés pour chaque collectivité de s'attaquer aux causes profondes du suicide que permettre aux jeunes de s'y impliquer et de faire une différence constitue tout un défi. Il faut donc établir des projets pilotes avant de déployer un programme à l'échelle nationale. À cette fin, le Comité recommande deux types de projets.

Le premier type de projet consiste en interventions pouvant être élaborées à court et à moyen terme, par exemple, un programme communautaire de post-interventions dont l'objectif serait de se servir du dilemme qu'est le suicide pour renforcer la cohésion de la collectivité et l'encourager à élaborer un programme coordonné de mesures pour réduire le risque de suicide. Les processus de développement communautaire permettraient à la collectivité de s'impliquer dans le but d'élaborer des interventions qui exploitent les aptitudes, les ressources et les atouts dont elle dispose afin d'aider les jeunes à risque.

L'autre type de projet porterait plutôt sur des efforts à long terme de développement plus fondamental de la collectivité et d'intégration des jeunes. Tous les processus de développement communautaire utilisés devraient alors être structurés pour que les institutions et les citoyens d'une collectivité locale puissent s'impliquer, et porter sur tous les aspects de la vie de la collectivité, sur les plans social, économique et culturel.

L'objectif général est de mettre au point un processus et des mécanismes efficaces afin d'appuyer les collectivités dans leurs efforts de prendre en charge et maintenir le processus et les programmes dont elles ont besoin pour éviter que leurs jeunes se suicident.

Recommandations

À court terme, le Comité recommande :

- Que Santé Canada fournisse aux collectivités des lignes directrices et leur indique les ressources (conseillers, documents imprimés, ou établissement de liens avec d'autres professionnels ou collectivités) leur permettant d'élaborer un programme communautaire d'intervention prioritaire, selon les lignes directrices établies par les *Centers for Disease Control* américains, qui puisse servir de base à l'établissement d'un projet et d'un plan communautaires de prévention du suicide; ces projets pourront comporter des mesures communautaires de guérison et des regroupements de mieux-être.

À moyen terme, le Comité recommande :

- Que Santé Canada, en partenariat avec les Premières nations, lance des projets pilotes, à l'aide d'une méthodologie formelle de développement communautaire, afin de faire participer les collectivités dans le but d'élaborer des interventions qui utilisent les capacités, les ressources et les atouts existants d'une collectivité pour aider les jeunes à risque, et qu'on demande à des intervenants habiles à utiliser ces approches d'orienter ce processus.

- Si une collectivité ne dispose d'aucun membre compétent, qu'on fasse appel à un intervenant de l'extérieur pour présenter ce processus, agir comme médiateur et préparer des membres locaux de la collectivité à prendre la relève pour les processus suivants. Ces intervenants devraient connaître l'histoire des Premières nations, leurs cultures, leurs collectivités et les tensions entre les forces oppressantes du passé et les conditions préalables à

l'autodétermination. Ils devraient aussi passer par une étape d'orientation dans chaque collectivité avec laquelle ils travaillent.

- Que Santé Canada mette sur pied et rende disponible un groupe d'intervenants qui connaissent bien les cultures des Premières nations et sont compétents dans les processus, les techniques et la théorie formelle de développement communautaire (voir l'annexe G), et qui ont aussi passé par une période d'orientation donnée par la collectivité dans laquelle ils seront appelés à travailler. Ces intervenants pourraient encourager ou mettre en place le processus de participation de la collectivité et en préparer les membres à soutenir ensuite ce processus de participation.

- Que Santé Canada débloque des fonds pour défrayer les frais du processus de participation des collectivités. Les critères d'établissement des projets pilotes devraient accorder une importance particulière aux idées des jeunes et tenir compte des différences entre les diverses collectivités et régions du Canada.

- Que soit créé un comité national comprenant des représentants de Santé Canada et de l'APN chargé d'élaborer les critères à utiliser pour repérer les collectivités visées par les projets pilotes de participation communautaire. Les bureaux régionaux de Santé Canada, en collaboration avec les Premières nations, pourraient ensuite appliquer ces critères afin de dresser une liste de collectivités possédant des caractéristiques variées comme l'éloignement et l'isolation, l'état des services de santé transférés et le degré de risque de suicide.

- Que ces projets pilotes soient appuyés par une structure administrative qui encourage la coopération entre les

gouvernements fédéral et provinciaux (voir l'annexe H pour de plus amples détails).
Que cette infrastructure administrative soit intégrée aux structures de soutien des initiatives cliniques et des projets de recherche décrits dans Partie du présent rapport. Par exemple, le Comité national pourrait élaborer et distribuer une trousse de renseignements sur les « pratiques exemplaires » en matière de prévention du suicide et assurer la coordination entre les diverses sources de financement afin d'appuyer les idées provenant des processus de développement communautaire.

- Que chacune des collectivités puisse avoir un comité de coordination qui serait responsable de maintenir le processus de participation de la collectivité et d'assurer que des initiatives précises sont élaborées, mises en œuvre et évaluées. Les membres de ce comité de coordination devraient provenir de tous les groupes intéressés : aînés de la collectivité, jeunes, praticiens culturels et traditionnels, travailleurs en santé, éducateurs, travailleurs sociaux et représentants du gouvernement provincial et de Santé Canada.

Partie 4 : Identité, force morale & culture

L'identité

Pendant le passage de l'enfance à l'âge adulte, les sentiments d'isolation et d'aliénation sont très fréquents, car on essaie alors de se définir par rapport au monde qui nous entoure. Toutefois, ces sentiments sont particulièrement intenses pour de nombreux jeunes des Premières nations; ils sont entraînés par un racisme toujours présent dans les systèmes de la société non autochtone et par l'abandon des connaissances et pratiques traditionnelles. Les membres de la CRPA ont insisté sur ce dilemme, car au cours de leurs délibérations, les jeunes Autochtones leur ont décrit :

> tant l'exclusion de la société canadienne que l'aliénation de la vie « en nature » jadis réelle mais maintenant idéalisée et associée, tel un stéréotype, à l'état autochtone. C'est un vide terrible qu'être écartelé entre deux cultures et se sentir psychologiquement étranger à l'une et à l'autre...[107]

L'absence d'un sentiment d'identité stable par rapport à d'autres groupes est un facteur de risque important pour le suicide chez les jeunes des Premières nations et des autres collectivités autochtones.[108] On peut définir ce « sentiment d'identité » comme la conscience du groupe auquel l'individu appartient, de sa langue et de ses valeurs, croyances et pratiques.[109] La CRPA a clairement exposé les raisons pour lesquelles l'importance d'un solide sentiment d'identité ne peut pas — et ne doit pas — être minimisée ou ignorée.[110]

Il faudra faire des efforts à bien des égards pour encourager l'émergence d'un sentiment d'identité durable chez les jeunes des Premières nations. Il faut premièrement mettre sur pied des interventions qui donnent un plus grand nombre d'occasions aux

[107] CRPA, op. cit., Canada 1995. Traduit de l'anglais.
[108] Canada 1996
[109] Dorais 1995.
[110] CRPA, op. cit.

jeunes de tisser des liens avec leur famille et leur collectivité et d'approfondir leur culture. Il faut tout spécialement leur donner l'occasion de participer à des activités saines et habilitantes. Les activités suggérées vont de l'établissement de conseils de la jeunesse et de groupes de soutien à la cueillette de fruits des champs, et de la pêche et la conservation du saumon aux cuisines communautaires, sans oublier les conteurs d'histoires.

À ce propos, l'observation de Chandler et Lalonde se révèle très pertinente : en Colombie-Britannique, les collectivités des Premières nations qui ont pris des mesures concrètes afin de préserver et réhabiliter leur propre culture sont aussi celles où le taux de suicide est considérablement plus bas.[111] Par conséquent, il faut faire des efforts pour encourager la nouvelle génération à connaître sa langue et ses traditions. Par exemple, on peut encourager les rencontres entre les jeunes et les aînés ou établir des lieux privilégiés (notamment dans des centres de rencontre ou des centres culturels) où il est possible de partager et d'enseigner les pratiques traditionnelles. De plus, l'aliénation ressentie par nombre de jeunes des Premières nations confrontés au système d'éducation de la société canadienne ne pourra probablement être atténuée que si la portion culturelle du programme scolaire, notamment la formation dans les langues traditionnelles, devient l'élément central de l'apprentissage de ces jeunes.

En outre, les responsables des politiques doivent nécessairement reconnaître que l'appui aux jeunes des Premières nations implique de reconnaître leur besoin d'être pris au sérieux car ils ont des idées bien à eux.[112] Dans le contexte d'une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations, cela signifie que les jeunes doivent participer à sa planification, sa gestion et son évaluation. En s'y impliquant, ils pourraient non seulement mener à des interventions plus pertinentes et plus significatives, mais surtout donner la preuve que les gouvernements sont bel et bien prêts à agir (et non à ne faire que parler) pour traiter les problèmes

[111] 1998, op. cit.
[112] Canada 1995.

d'impuissance et de marginalisation chez les jeunes des Premières nations.

La force morale

Comme l'a rendu très clair une étude du *Atlantic Health Promotion Research Centre*,[113] la « force morale » n'est pas qu'une notion simple. En effet, elle met en jeu des interactions dynamiques complexes entre les attributs de chacun et son environnement. On peut la définir ainsi :

> La capacité des individus et des systèmes à surmonter les grandes adversités ou les risques graves. Elle évolue et change avec le temps, elle est raffermie par des facteurs de protection chez l'individu, dans le système ou l'environnement, et constitue un facteur dans le maintien ou l'amélioration de la santé.[114]

La force morale joue un rôle important dans les réactions de chacun aux problèmes qui surviennent. Ceux qui manquent de force morale sont plus enclins au désespoir et risquent plus de croire que le suicide est la seule porte de sortie. Pour renforcer la force morale des jeunes des Premières nations, il faut porter attention aux facteurs de protection qui permettront aux jeunes non seulement de faire face aux difficultés auxquelles ils seront confrontés mais aussi de les surmonter.[115] Ces facteurs de protection peuvent aller des liens familiaux, des réseaux de soutien informels et de la cohésion de la collectivité à des aptitudes de résolution de problèmes bien développées et un sentiment d'autonomie personnelle, tel que signalé précédemment.

Sur le plan le plus fondamental, les parents des Premières nations doivent nécessairement disposer des outils et des ressources voulues pour élever des enfants heureux et en santé. De nombreux parents et gardiens des Premières nations n'ont pas accès à un réseau de

[113] Atlantic Health Promotion Research Centre, 1999.
[114] Reid, Stewart, Mangham et McGrath, ibid., 1999.
[115] Ibid.

soutien familial auquel ils pourraient faire appel pour des conseils sur l'éducation de leurs enfants ou adolescents, soit parce qu'ils vivent en milieu urbain, loin de leur famille, soit parce que les membres de leur famille, dans la réserve, ne sont pas en mesure d'offrir le soutien ou l'aide appropriés. Il faut donc surtout s'efforcer de fournir aux parents et gardiens le soutien nécessaire dans leur tâche de parents, notamment les informer sur les signes précurseurs de pensées ou de comportement suicidaire.

En plus d'encourager un sentiment d'appartenance chez les jeunes des Premières nations, il est également essentiel d'assurer que des ressources communautaires sont accessibles lorsque ni famille ni amis ne peuvent aider. Par exemple, les jeunes pourraient bénéficier d'un service d'écoute téléphonique ou de conseils par courriel par lequel ils pourraient obtenir conseils et appui. Il faudrait toutefois mettre sur pied des systèmes de soutien pour les jeunes qui n'ont pas facilement accès à un téléphone ou à un ordinateur.

De même, des services et des outils visant à fournir un appui aux jeunes des Premières nations considérés à risque élevé de comportement suicidaire sont essentiels. Nous avons insisté précédemment sur l'importance de donner aux jeunes toxicomanes des services de consultation et des conseils appropriés à leur âge. Il est également essentiel de fournir à ceux qui en ont besoin des services de santé complets, en particulier des services de santé mentale et l'accès à des praticiens traditionnels ou culturels.

Il importe aussi d'établir des mesures qui intéressent les jeunes des Premières nations et leur donnent une raison d'avoir une attitude ouverte sur l'avenir. Cela peut vouloir dire donner aux jeunes des occasions de développer leurs aptitudes à la résolution de problèmes, par l'intermédiaire de sports récréatifs ou la fondation de ligues sportives, par exemple. Il y a également un besoin urgent d'élargir les choix de formation professionnelle pour les jeunes des

Premières nations et d'établir des activités de développement économique afin d'améliorer leurs possibilités d'emploi.

En outre, dans la mise sur pied de ces initiatives, les responsables des politiques doivent non seulement chercher à encourager les jeunes gens à s'appuyer mutuellement pour choisir des modes de vie sains et tisser des liens familiaux plus étroits, mais aussi porter attention aux questions structurelles de pouvoir, comme les revendications territoriales non réglées, la pauvreté et les infrastructures inadéquates, qui peuvent toutes avoir une incidence sur la force morale de chacun des jeunes et aussi des collectivités.

Culture

Les jeunes des Premières nations vivent dans des collectivités de plus en plus diversifiées et de plus en plus complexes; cependant, la plupart d'entre eux considèrent toujours que la langue, la terre et le patrimoine font partie intégrante de la culture. À leurs yeux, la culture représente des forces sur lesquelles ils désirent travailler et qu'ils désirent ajouter à leurs réussites du passé tout comme à leurs possibilités à venir. L'étude novatrice de Chandler et Lalonde (1998) a montré que la notion de continuité culturelle constitue pour les jeunes des Premières nations une défense contre le suicide car elle sert d'appui à l'identité et à la volonté de survivre — particulièrement pendant les périodes de grands changements.

Une mise en garde s'impose toutefois : l'intention n'est ni d'effacer la mémoire des jeunes des Premières nations ni d'embellir les dures réalités auxquelles ils sont confrontés. Avant de pouvoir envisager des stratégies prospectives de prévention du suicide, il est vital pour les jeunes Autochtones qu'ils puissent réfléchir sur leur identité et leurs origines. À propos du premier point, un jeune délégué à un congrès a dit : « Tous les enfants essaient de se trouver en tant qu'individu, mais le jeune Autochtone doit en plus surmonter une autre crise d'identité : découvrir qui il est en tant qu'Autochtone. »[10] Quant à la question des origines, l'Histoire a prédéterminé les

[10] *Discussion Notes from the Suicide Prevention Workshop*, 1994

relations de pouvoir pour les jeunes : « Perdre sa terre, sa culture et sa langue est un facteur incontournable des suicides car les jeunes Autochtones réalisent qu'ils ont perdu leur pays et leur voix en tant que peuple. »[117]

La langue est importante, et les jeunes des Premières nations ont adopté les légendes, contes et chansons traditionnels et modernes; ils se sentent ainsi plus compétents et plus utiles. Des cérémonies leur ont également donné un sentiment d'appartenance et les ont aidés à transformer leurs vies. En même temps, les jeunes se sont entraidés à atteindre et renforcer ces objectifs et ils s'en sont servis pour tenter d'accepter leurs besoins insatisfaits et le problème du suicide. Dans le rapport *Choisir la vie* (1995), la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a insisté sur l'importance de restaurer ou de créer des rituels appropriés, comme des cérémonies de condoléances et des danses des esprits, afin de lutter contre l'isolation des gens et des familles et leur donner l'occasion d'exprimer leur deuil et leurs sentiments de perte. De même, les institutions de tradition canadienne, comme les écoles, collèges et universités, font participer les jeunes des Premières nations dans des cérémonies comme la remise des diplômes et des remises de prix malgré le haut taux d'abandon qui les caractérise.

La terre est source de guérison pour les jeunes des Premières nations qui s'abandonnent à son rôle de lieu, de paysage familier et d'expérience éducative. La terre est d'abord l'endroit ou le territoire où vivent les membres de la famille et qui a façonné leur propre culture et mode de vie. La terre est aussi étroitement intégrée aux valeurs et à l'environnement qui deviennent familiers par les contes que l'on partage : « La confiance (au mode de vie traditionnel) a toujours été là, et nous ne l'avons jamais perdue. Mon père me parle d'expéditions de chasse avec mon mishomis (grand-père) : ils pouvaient parcourir le territoire de piégeage pendant des jours malgré un très mauvais temps, et ils se sont quelquefois trouvés

[117] ibid.

dans des situations dangereuses. Mon père faisait entièrement confiance à son père »[118] La terre est finalement le lieu d'expériences éducatives en régions sauvages pour les jeunes autochtones qui participent souvent à des réunions des Premières nations, des rituels de retour à la terre et des activités de formation en capacités de survie, où ils développent des aptitudes comme la vie responsable, la résolution de problèmes, la formation d'un esprit de corps et d'autres enseignements traditionnels qui peuvent prévenir le suicide.

Le patrimoine importe aussi : les jeunes des Premières nations sont considérés à risque élevé de suicide, il leur manque les racines et les relations interpersonnelles que peuvent entretenir les familles et les collectivités en santé. Avant tout, il est crucial d'étudier ce problème en relation avec l'influence positive de la culture.

> Les études effectuées et l'expérience des autochtones démontrent sans aucun doute qu'un sens clair et positif de sa propre identité culturelle au sein d'institutions permettant une autonomie collective, doublé de liens affectifs étroits et d'un appui mutuel dans la famille et la collectivité, peut constituer une force protectrice contre le désespoir, les idées d'autodestruction et le suicide.[119]

En théorie, les racines familiales et collectives sont à renouveler et réconcilier constamment afin d'éviter les tensions et commotions entre les générations qui peuvent mener au suicide d'un jeune. Indépendamment des problèmes très connus comme les effets des traumatismes subis dans les écoles résidentielles, des incidents isolés peuvent aussi être difficiles pour les jeunes des Premières nations. Certains souffrent d'oppression sur le plan culturel lorsque les personnes et les institutions responsables de leur bien-être affectif, physique, mental et spirituel ne remplissent pas leurs obligations. L'adoption, par exemple, représente pour eux des risques uniques, particulièrement s'ils sont des étrangers culturels aux yeux de leur

[118] *Discussion Notes from the Suicide Prevention Workshop*, 1994
[119] *Choisir la vie*, 1995. Traduit de l'anglais.

famille d'accueil et des membres de la collectivité : comme ils voient peu de façons d'y remédier, cette situation n'en est que plus grave.

Il est vital de parler de l'héritage des écoles résidentielles et comment cet héritage touche les jeunes d'aujourd'hui.
Murray Sinclair (1998) a décrit comment les conséquences néfastes des écoles résidentielles hantent encore les générations qui ont suivi :

> En règle générale, les enfants arrachés à leur famille et envoyés dans les écoles résidentielles ont subi des traumatismes affectifs et psychologiques qui ont eu à divers degrés des répercussions sur leurs aptitudes d'adaptation et leur propre capacité à élever des enfants. Ils sont souvent sortis de l'école persuadés que tout ce qui est « indien » — langue, cérémonies, croyances, rituels, religion, aînés et autres dépositaires des traditions — est mauvais en soi. À l'âge adulte, ils ont quelquefois adopté les attitudes destructrices et perpétué les attaques contre leur culture des missionnaires avec lesquels ils ont grandi. [...] Comme nul ne leur a montré comment élever des enfants, ils ont éprouvé des difficultés à s'adapter aux responsabilités d'élever une famille.[20]

En réalité, les jeunes des Premières nations désirent ardemment avoir de meilleures relations avec leurs parents, et ils voudraient que leurs parents les soignent, les appuient et les protègent contre les aléas de la vie. Les adolescents à plus haut risque de suicide en sont un bon exemple : la peur, la douleur, la honte et la colère que ressentent quelquefois les jeunes sont aggravés et amplifiés par des parents qui les négligent et les abusent, habituellement lorsque ces adultes sont sous l'emprise de drogues comme l'alcool. Le document *Stories From Our Youth* comprend sur ce point des témoignages éloquents de jeunes :

[20] Sinclair, 1998, p. 171.

Parfois ma mère veut quitter mon père parce qu'il la bat tout le temps. Mais parfois, ma mère se soûle et me dit qu'elle ne m'aime pas et je me sens tellement mal que je pleure.[21]

Beaucoup de gens de ma communauté disent que l'alcool et les autres drogues causent des gros problèmes... Ça m'a affecté parce que ma mère buvait quand je suis né.[22]

Je pense que l'alcool, les drogues et le jeu créent des problèmes. Vous pouvez perdre votre famille, vos enfants, votre père ou votre mère à cause de l'alcool, des drogues et du jeu. [...] Vos enfants peuvent faire la même chose que vous. Vous pouvez tuer quelqu'un si vous prenez des drogues ou de l'alcool.[23]

Les jeunes de mon âge aiment sacrer pour rien. Au lieu de dire à quelqu'un de se taire, ils vont dire crisse, tabarnak ou 'stie. Ils utilisent ces mots-là parce que leurs parents les utilisent. [...] Beaucoup de gens qui prennent de l'alcool sont violents et abusent ceux qu'ils aiment.[24]

Quand vous étiez jeunes, votre père et votre mère ont-ils passé du temps avec vous ? Est-ce qu'ils vous ont bien nourri ? Est-ce qu'ils vous ont raconté plein d'histoires avant de vous coucher? Est-ce qu'ils vous ont montré comment travailler, vous ont emmené dans la nature, vous ont fait des vêtements avec des perles ? Est-ce qu'ils vous ont protégé ? Est-ce qu'ils vous ont montré comment ils vous aiment et vous respectent ? Moi, je pense que mes parents ont arrêté de faire tout cela parce qu'ils passent leur temps à boire plutôt qu'à m'accorder une attention spéciale.[25]

[21] Sinclair, 1998, p. 171
[22] *Stories from Our Youth*, 1999:24
[23] Ibid., 27
[24] Ibid., 34
[25] Ibid., 45
[26] Ibid., 53

En somme, la culture est cruciale afin de prévenir les suicides chez les jeunes des Premières nations. Elle a ses transmetteurs et ses protagonistes; les parents et les pairs doivent donc faire attention aux pensées et aux perspectives des jeunes sur le suicide et les comportements suicidaires. La langue, la terre et le patrimoine sont au cœur de la culture pour les jeunes des Premières nations; par conséquent, il est vital de prendre des mesures pour qu'ils soient en contact avec ces facteurs dans leur vie de tous les jours.

La spiritualité

Les collectivités des Premières nations ont récemment vu des mouvements importants qui visent tous à diffuser et à transmettre les enseignements spirituels, les traditions et les valeurs traditionnelles. Avec le terme « spiritualité », nous pouvons embrasser des traditions diverses et plusieurs affiliations religieuses. Sur ce plan, le fil directeur des notions traditionnelles de spiritualité de la plupart des Premières nations est un sentiment de fraternité et d'harmonie avec toute la Création.

Nombreux sont ceux qui ont reconnu la spiritualité comme un élément essentiel du bien-être de toute la personne, car elle intègre le corps, l'esprit, les pensées et les sentiments. Aux yeux des peuples des Premières nations, la spiritualité est liée étroitement à une vie de communion avec la terre.

> « Les Innus — comme bien des peuples autochtones — croient que l'univers est animé de puissantes forces spirituelles qui touchent profondément leur vie. Reconnaître leur puissance est aussi vital à la survie que comprendre le climat ou le cycle des saisons. »[126]

> « Les liens avec nos ancêtres, nos affinités et nos alliances, les valeurs exprimées par notre langue, les émotions que nous ressentons lorsque nous vivons en harmonie avec la nature, notre sentiment d'enracinement et de paix avec le

[126] Samson, Wilson et Massower, 1999.

> cosmos, notre sens de responsabilité pour rendre hommage à la Terre mère, notre hérédité, rien de cela ne peut être vu. »[127]

> « La conscience de ces forces invisibles est enseignée et renforcée par l'exemple, par la vie auprès d'aînés riches en savoir, et par l'intermédiaire de guides spirituels et de chefs respectés. Si l'un de ces éléments manque ou ne suffit pas, toute la collectivité en souffre... »[128]

La spiritualité donne un profond sentiment d'appartenance et de direction ainsi que le sentiment d'être accepté et compris, ce qui permet à la personne de prendre des décisions qui manifestent un respect de soi et des autres grâce à un sentiment puissant d'identité individuelle et collective.

> « Nos ancêtres étaient guidés par des convictions spirituelles et des valeurs socioculturelles qui donnaient un sens et une structure à toutes les relations familiales et sociales. »[129]

> « Dans notre tradition, les aînés enseignent aux plus jeunes les coutumes et les rituels. Ils sont renforcés ensuite par la pratique quotidienne, et établissent nos façons d'interagir, l'endroit où nous nous établissons et nos façons de communiquer et d'agir. »[130]

Les systèmes de croyances et les pratiques culturelles gardent bien vivante l'interrelation spirituelle avec la Création, et ce système culturel de croyances fonctionne à partir du bien-être de chacun. Si un aspect ou une des énergies de la personne est en

[127] Focus Group on Suicide Prevention, Executive Summaries, June 1995, Stan Wilson et Peggy Wilson.
[128] Focus Group on Suicide Prevention, Executive Summaries, June 1995, Stan Wilson et Peggy Wilson.
[129] Santé Canada, 1994.
[130] Focus Group on Suicide Prevention, Executive Summaries, June 1995, Stan Wilson et Peggy Wilson.

déséquilibre, on en traite la cause afin de retrouver un équilibre et ainsi restaurer l'équilibre de la Création. La spiritualité constitue donc un allié précieux dans la lutte contre le suicide.

> « Là où les sociétés traditionnelles peuvent toujours fonctionner dans le cadre de leur propre système de valeurs, elles sont également en mesure de maintenir une bonne santé physique, mentale, affective et spirituelle. La vie est en équilibre, l'ordre, l'harmonie et la maîtrise sont manifestes. [...] Le vide remarqué chez les jeunes à risque est frappant, même s'il est quelquefois masqué temporairement par une autre culture ou une autre spiritualité. [...] C'est pourquoi, nos collectivités doivent restaurer et honorer les valeurs qui ont guidé nos ancêtres. Sans elles, nous continuerons à être témoins du suicide de nos adolescents : l'expression la plus douloureuse de la perte de nos traditions, de notre culture et de notre confiance en nous. » [1]

Objectifs

Le Groupe consultatif propose les objectifs suivants pour renforcer l'identité et la force morale et restaurer la culture dans le cadre d'une stratégie complète de prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations :

- Fournir aux jeunes l'occasion (dans un contexte propice) de réfléchir sur les observations du présent rapport, sur la bonne santé mentale, affective, spirituelle et physique, sur les options possibles pour un avenir meilleur, et leur permettre de partager leurs perspectives sur les stratégies de prévention du suicide proposées.

- Appuyer les sources de soutien accessibles aux jeunes, notamment les parents, les pairs, les modèles à suivre et les aînés.

[1] Santé Canada, 1994

- Miser sur des choix plus positifs que les drogues et sur des pratiques d'éducation familiale positives.

Recommandations

À court terme, le Comité recommande :

- Que le Conseil des jeunes de l'APN, en collaboration avec Santé Canada et le secrétariat de la santé de l'APN se réunissent pour discuter des recommandations du présent rapport, d'indiquer les recommandations les plus significatives auprès des jeunes et de recommander les mécanismes le mieux en mesure de les mettre sur pied.

- Que Santé Canada et l'APN mettent sur pied un comité d'établissement de réseaux chargé d'encourager les jeunes à jouer le rôle et assumer la responsabilité de conseillers auprès de leurs pairs, de guérisseurs naturels et de modèles à suivre les uns pour les autres, idéalement de concert avec une campagne publicitaire multimédia qui donnerait des images positives des jeunes des Premières nations.

- Que Santé Canada et l'APN puisent parmi les initiatives existantes les fonds nécessaires pour repérer les modèles de pratiques exemplaires de soutien des parents et du mieux-être des familles au sein des collectivités des Premières nations.

- Que Santé Canada et l'APN coopèrent avec l'ISA et l'ONSA afin d'encourager l'élaboration de projets visant à améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes.

Section 4

Conclusion

Les Premières nations cherchent des moyens de faire appel à l'intérêt du public, à l'aide gouvernementale, au modèle biomédical des professionnels de la santé et aux interventions scientifiques et technologiques et de marier ces ressources à leurs propres stratégies internes, approches de la guérison et ressources afin de lutter contre le suicide. Les Premières nations ont besoin de l'appui de toutes ces sources pour recouvrer leur santé et restaurer leurs propres notions et capacités en matière de santé, remettre en place la participation active des jeunes et réorganiser le système complexe des programmes existants et des politiques en cours d'élaboration.

Les gens et les organismes travaillant aux programmes et aux interventions, à tous les niveaux, devront répondre de leurs actes aux collectivités et être, par la surveillance et l'évaluation visant à assurer la prestation de services de qualité, responsables les uns envers les autres. Les programmes et les interventions devront également être durables et pouvoir s'adapter aux besoins de chaque collectivité et aux meilleurs principes connus, et le suivi devra être approprié.

Le suicide est perçu comme un problème qui ne touche pas seulement les jeunes mais toute la collectivité; il est donc nécessaire de reconnaître et de mobiliser les atouts et la force morale des jeunes, des familles et des collectivités. Les solutions doivent faire participer tous les membres : les enfants, les jeunes, les femmes et les aînés. À cette fin, nous proposons pour les prochains efforts de prévention du suicide au sein des collectivités des Premières nations les principes directeurs suivants.

- Participation des membres de la collectivité
  La réification et l'imposition de systèmes élaborés à l'extérieur

des collectivités font partie de l'expérience historique collective des Premières nations. Or, la « participation des citoyens » vise à restaurer des relations fructueuses entre citoyens et gouvernements par l'encouragement des citoyens (y compris les jeunes) à instituer des changements fondamentaux en élaborant des politiques, en exposant les valeurs à suivre et en orientant les mesures prises pour traiter les problèmes prioritaires comme le suicide chez les jeunes.

- Préservation de la continuité culturelle

  La « continuité culturelle » assure la transmission des connaissances, des valeurs et de l'identité d'une génération à l'autre. Lorsque cette transmission s'effectue en tenant compte du bien-être et de la santé individuelle et collective, la confiance en l'avenir et la capacité de prendre aujourd'hui des décisions pour demain, la continuité culturelle est alors assurée. La culture et la collectivité ne sont point des entités fixes : elles évoluent sans cesse et s'adaptent à un contexte social toujours en mouvement. La continuité ne consiste donc pas uniquement à préserver le passé ou répéter les actes imposés par la tradition, mais plutôt à recréer et réinventer les pratiques de la collectivité de façon à préserver les relations, honorer le passé et donner le sentiment d'une histoire commune.

- Renforcement des capacités

  Renforcer les capacités des collectivités, c'est améliorer leurs connaissances et leurs aptitudes afin de leur permettre de résoudre leurs problèmes de santé et assumer elles-mêmes les fonctions nécessaires.[32] Cela peut comprendre, s'assurer que les jeunes développent les aptitudes nécessaires pour « apprendre à apprendre » (notamment l'alphabétisation) ou résoudre les problèmes, entre autres aptitudes.

  Afin de pouvoir élaborer et mettre en place les solutions à la question du suicide, les Premières nations doivent s'impliquer

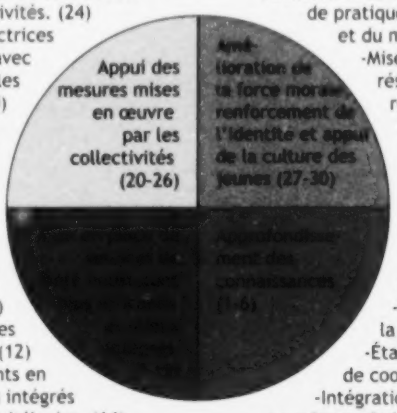
[32] Source: Pauline O'Connor, *CPRN Mapping Social Cohesion Discussion Paper No. F/-1*, April 1998.

dans l'orientation des recherches, le renforcement de leurs capacités, le maintien de la continuité culturelle et la provision de ressources humaines et matérielles pour la prestation de services intégrés. Il est vital que le processus de planification et les résultats prévus soient guidés par les enseignements du passé, les perceptions communes des réalités actuelles et les espoirs pour l'avenir, et qu'ils soient conformes aux principes et valeurs pertinents.

L'illustration de la page suivante montre comment les quatre grandes questions soulevées par le présent rapport mènent aux mesures recommandées. L'illustration présente les quatre grands thèmes de nos recommandations à l'aide du Cercle d'influences : (1) approfondir nos connaissances et agir en conséquence; (2) réorganiser à l'échelle locale et nationale la prestation des services de santé mentale; (3) appuyer les approches communautaires; et (4) renforcer l'identité individuelle et culturelle des jeunes ainsi que les autres éléments de la force morale. Ces mesures ne sont toutefois que les premiers pas d'un processus qui devra durer pour mener à de réels changements.

Appui des mesures mises en œuvre par les collectivités (20-26)
Amélioration de la force morale; renforcement de l'identité et appui de la culture des jeunes (27-30)
Mise en place de services de santé holistiques plus efficaces et mieux intégrés (7-19)
Approfondissement des connaissances (1-6)

Prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations
Grands thèmes et recommandations



-Établissement d'un comité de coordination dans chacune des collectivités. (26)
-Financement du processus de participation des communautés. (23)
-Appui des projets de démonstration par une structure administrative qui encourage la coopération entre les gouvernements fédéral et provinciaux. (25)
-Création d'un groupe d'intervenants qui connaissent bien les cultures des Premières nations. (22)
-Création d'un comité national chargé d'élaborer les critères à utiliser pour repérer les collectivités. (24)
-Élaboration de lignes directrices et établissement de liens avec les ressources en mesure d'aider les collectivités. (20)
-Lancement de projets pilotes visant à faire participer les collectivités. (21)

-Table ronde afin de discuter des présentes recommandations. (27)
-Recherche des fonds nécessaires pour repérer les modèles de pratiques exemplaires de soutien des parents et du mieux-être des familles. (29)
-Mise sur pied d'un comité d'établissement de réseaux chargé d'encourager les jeunes à jouer le rôle de conseillers auprès de leurs pairs. (28)
-Appui de l'élaboration de projets visant à améliorer la force morale, renforcer l'identité et appuyer la culture des jeunes. (30)

-Augmentation de l'enveloppe budgétaire du SSNA. (8)
-Étude et évaluation du mandat du SSNA. (7)
-Élaboration de documents éducatifs. (10)
-Modification des méthodes actuelles d'allocation budgétaire. (12)
-Formation des intervenants en diverses disciplines à l'appui des services intégrés aux clients et de la coopération pluridisciplinaire. (14)
-Création d'une stratégie nationale sur la santé mentale des Premières nations. (11)
-Rémunération des professionnels par un tarif quotidien. (15)
-Optimisation des ressources en services de santé accessibles aux collectivités en crise. (17)
-Conception et mise en œuvre d'un service national de consultation en cas de crise. (16)
-Étude et évaluation des tendances d'utilisation des médicaments psychotropes. (13)
-Établissement et gestion d'un groupe national de praticiens. (18)
-Élaboration par ce groupe national de praticiens d'un plan de soutien des travailleurs communautaires. (19)
-Lancement d'un projet pilote établi à l'aide des « Lignes directrices d'évaluation des collectivités en crise ». (9)

-Priorité donnée à la recherche. (1)
-Intégration d'une phase d'évaluation à tous les programmes. (2)
-Tenue d'un congrès national sur la prévention du suicide. (5)
-Établissement d'un groupe chargé de coordonner les recherches. (4)
-Intégration d'objectifs précis et d'un plan pour la prochaine étape de développement, études et projets pilotes. (3)
-Création d'un centre d'échange national et d'un site Web sur les modèles de pratiques exemplaires. (6)

Références

Albee, G. W. (1981). Politics, power, prevention and social change. **Prevention through political action and social change**. J. M. J. G. W. A. (Eds). Hanover, University of New England Press: 5-25.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40**(7 Supplement): 24S-51S.

American. Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40**(4): 495-499.

Andriolo, K. R. (1998). Gender and cultural construction of good and bad suicides. **Suicide and Life Threatening Behavior, 28**(1): 37-49.

Apter, A., Horesh N., Gothelf, D., Graffi, H., et Lepkifker, E. (2001). Relationship between self-disclosure and serious suicidal behaviour. **Comprehensive Psychiatry, 42**(1): 70-75.

Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, L., et Traskman-Bendz, L. (2001). Psychosocial and pharmacological treatment of patients following deliberate self-harm: The methodological issues involved in evaluating effectiveness. **Suicide and Life-Threatening Behavior, 31**(2): 169-180.

Barber, J. G. (2001). Relative misery and youth suicide. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35**(1): 49-58.

Barney, D. D. (2001). Risk and protective factors for depression and health outcomes in American Indian and Alaskan Native adolescents. **wicazo sa review: A Journal of Native American Studies, 16**(1): 130-150.

Barsh, R. L. (1986). The Nature and Spirit of North American Political Systems. **American Indian Quarterly, 10**(3): 181-196.

Basso, K. (1940). **Wisdom Sits in Places: Landscape and language among the Western Apache**. Albequerque, University of New Mexico Press.

Blyth, D. A., et Leffert, N. (1995). Communities as contexts for adolescent development: An empirical analysis. **Journal of Adolescent Research, 10**(1): 64-87.

Blyth, D. A., et Roehlkepartain, E.C. (1995). **Healthy Communities, Healthy Youth.** Minneapolis, MN, Search Institute.

Boothroyd, L. J., Kirmayer, L.J., Spreng, S., Malus, M., et Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of Northern Quebec: A case control study. **Canadian Medical Association Journal, 165**(6): 749-755.

Borowsky, I. W., Ireland, M., et Resnick, M.D. (1999). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. **Pediatrics, 107**(3): 485-493.

Borowsky, I. W., Resnick, M.D., Ireland, M., et Blum, R.W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native Youth. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine, 153**(6): 485-493.

Boutilier, M., Cleverly, S., et Labonte, R. (2000). Community as a setting for health promotion. **Settings for Health Promotion.** L. W. G. B.D. Poland, et I. Rootman (eds). Thousand Oaks, Sage Publications.

Breton, J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. et Nantel, M.A. (1998). **Review of Evaluative Research on Suicide Intervention and Prevention Programs for Young People in Canada: Theoretical Context and Results**. Montréal, Université de Montréal.

Capp, K., Deane, F.P., et Lambert, G. (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. **Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25**(4): 315-321.

Cardinal, H. (1969). **The Unjust Society: The Tragedy of Canada's Indians**. Edmonton, M.G. Murtig Ltd.

Cargo, M. (1998). **Partnering with Adults as a Process of Empowering Youth in the Community**. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia.

Cecilia Zoe-Martin Ed. (1999) **Stories From Our Youth: The Effects of Addiction in Our Community**. The Dogrib Community Services Board

Centers for Disease Control (1998). Suicide Prevention evaluation in a Western Athabaskan American Indian Tribe – New Mexico, 1988-1997. **Morbitity and Mortality Weekly Reports, 47**(13): 257-261.

Chandler, M. J., et Lalonde, C. (1998). Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations. **Transcultural Psychiatry, 35**(2): 191-219.

Chinman, M. J., et Linney, J.A. (1998). Toward a theoretical model of youth empowerment: Theoretical and empirical evidence. **Journal of Primary Prevention, 18**: 393-413.

Cleary, S. D. (2000). Adolescent victimization and associated suicidal and violent behaviors. **Adolescence, 35**(140): 671-682.

Cole, E. (2000). Suicide prevention school models. **International Journal of Psychology, 35**(3/4): 32-32.

Commission royale sur les peuples autochtones. (1995). **Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal Peoples**. Ottawa, Groupe Communication Canada.

Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski (1995). **Horizons of Hope: An Empowering Journey** - Final Report.

Connors, E. (1995). Family Illness in Tribal Communities. **Focus Group on Suicide Prevention: Executive Summaries**. Ottawa, Native Psychologists in Canada.

Conseil canadien de développement social (1996). **The progress of Canada's children.** Ottawa, Conseil canadien de développement social.

Cree Board of Health and Social Services of James Bay (N.D.). **Suicide In Cree Communities of Eastern James Bay: A 10-year Study**. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Devlin, A., Miminiska Associates (2001). **First Nations and Inuit Suicide Intervention and Training - Best Practices**.

Dion Stout, M., et Kipling, G.D. (1999). **Emerging Priorities for the Health of First Nations and Inuit Children and Youth - Draft Discussion Paper**. Ottawa, Direction générale des services médicaux, Santé Canada: Résumé.

Elias, J. W., PhD, et Greyeyes, D.J., MSW (1999). **Draft Report on an Environmental Scan of Mental Health Services in First Nations Communities in Canada**. Ottawa, Assemblée des Premières nations.

Ferry, J. (2000). No easy answer to high native suicide rate. **Lancet, 355**(9207): 906.

Garbarino, J. (1985). Human ecology and competence in adolescence. **Adolescent Development: An Ecological Persepctive**. Columbus, Ohio, Charles E. Merrill Publishing Company.

General, S. (2001). **National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action**. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services.

Geraghty, L. L. M. R. (1995). **Renewing Hope: Strengthening Community-based Organizations' Role in Helping Youth Thrive**. Minneapolis, MN, Search Institute.

Goldney, R. D., Fisher, L.J. et Wilson, D.H. (2001). Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. **Journal of Affective Disorders, 31**(1): 277-284.

Gould, M. S. K., R.A. (2001). Youth suicide prevention. **Suicide and Life Threatening Behavior, 31**(1): 6-31.

Graham, T. C., et Ward, J. (2001). Using "reasons for living" approaches to connect First Nations healing traditions. **Lifenotes - A Suicide Prevention** et **Community Health Newsletter, 6**(3): 8 & 14.

Green, L. W. (1986). The theory of participation. **Advances in Health Education and Promotion, 1**(A): 211-236.

Green, L. W., et Raeburn, J.M. (1988). Health Promotion. What is it? What will it become? **Health Promotion, 3**(2): 151-159.

Green, L. W., Krueter, M.W. (1991). **Health Promotion Planning: An Environmental and Educational Approach**. Mountain View, Mayfield Publishing Company.

Green, L. W., George, A., Daniel, M., Frankish, J, Herbert, C.J., Bowie, B., et O'Neill, M. (1995). **Participatory Research in Health Promotion**. Ottawa, Société royale du Canada.

Green, L. W. (1999). Health education's contribution to public health in the twentieth century: A glimpse through health promotion's rear-view mirror. **Annual Review of Public Health, 20**: 67-88.

Hassel, D. J. (1983). **Radical Prayer: Creating a Welcome for God, Ourselves, People and the World**. New York, Paulist Press.

Hawe, P. (1994). Capturing the meaning of community intervention evaluation: some contributions from community psychology. **Health Promotion International, 9**(3): 199-210.

Hawton, L., Harris, L., Hodder, K., Simkin, S., et Gunnell, D. (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. **Psychological Medicine, 31**(5): 827-836.

Henrickson, S., Boetjius, G., and Issacson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. **Acta Psychiatrica Scandinavica, 103**(4): 301-306.

Hinbest, J. (2001). **Youth Suicide Prevention in British Columbia: Putting Best Practices in Action**. Vancouver, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, University of British Columbia.

Holinger, P. C., M.D., M.P.H. (1989). Epidemiological Issues in Youth Suicide. **Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention**. C. Pfeffer. Washington D.C., American Psychiatric Association Press.

Hougen, R. E., Walker, K., Templin, E., et Ayres, J. (1993). **Partners in community leadership. Youth and adults working together for better communities**. Iowa State University Printing Services.

Houston, K., Hawton, K., et Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. **Journal of Affective Disorders, 63**(1-3): 159-170.

Humanité Services Planning (1993). **How about... Evaluation: A Handbook about Project Self-Evaluation for First Nations and Inuit Communities**. Ottawa, Services consultatifs en matière de santé mentale, Direction générale des services médicaux.

Institut canadien de la santé infantile (2000). **The Health of Canada's Children**: A CICH Profile. Ottawa.

Israel, B. A., Checkoway, B., Schulz, A., et Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. **Health Education Quarterly, 21**(2): 149-170.

Issacs, S., Keogh, S., Menard, C., et Hockin, J. (1998). Suicide in the Northwest Territories: a descriptive review. **Chronic Diseases in Canada, 14**(4): 152-156.

Jessor, R. (1991). Risk behaviour in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. **Journal of Adolescent Health, 12**(8): 597-605.

Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. **American Psychologist, 48**(2): 117-126.

Joseph, H. (1993). **Big Cove Suicide Prevention Program: Final Report**.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C., et Helper N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behaviour prevention for youth: Youth development and empowerment approach. **Journal of Drug Education, 28**(1): 1-17.

King, C. (1995). **Aboriginal Concept of Suicide**. Ottawa, The Native Psychologists in Canada.

King, K. A., et Smith, J. (2000). Project SOAR: A training program to increase school counsellors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. **Journal of School Health, 70**(10): 402-407.

King, K. A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. **Journal of School Health, 71**(4): 132-137.

Kirmayer, L. J., Hayton, B.C., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Terner, Y., Yu, T., et Ferrara, N. (1993). **Suicide in Canadian Aboriginal Populations Emerging Trends in Research and Clinical Intervention** (document de travail no 1). Montréal, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.

Kirmayer, L. J. (1994). Suicide Among Canadian Aboriginal peoples. **Transcultural Psychiatric Research Review, 31**(1): 3-58.

Kirmayer, L. J., Fletcher, C., Boothroyd, L.J. (1998). Suicide Among the Inuit of Canada. **Suicide in Canada**. A. Leenaars et al. (eds.), Toronto, University of Toronto Press.

Kirmayer, L. J., Boothroyd, L.J., Laliberte, A., et Laronde Simpson, B. (1999). **Suicide Prevention and Mental Health Promotion** (document de travail no 9). Montréal, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.

Kirmayer, L. J., Boothroyd, L.J., Tanner, A., Adelson, N., Robinson, E., et Oblin, C. (2000). Psychological distress among the Cree of James Bay. **Transcultural Psychiatry, 37**(1): 35-56.

Kirmayer, L. J., Brass, G.M., et Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. **Canadian Journal of Psychiatry, 45**(7): 7-16.

Lester, D. (1997). **Suicide in American Indians**. New York, Nova Science Publishers.

MacDonald, M., et Green, L.W. (in press). Reconciling concept and context: Implementing school-based health promotion. **Journal of Drug Education, 28**(1): 1-17.

MacFarlane, C. (1999). **A Framework for Prevention: Establishing a National Suicide Prevention Program**.

Madison, A. M. (2000). Language in defining social problems and in evaluating social programs. **New Directions for evaluation, 86**: 17-28.

Malone, K. M., Oquendo, M.A., Haas, G., Ellis, S.P., Li, S., et Mann J.J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. **American Journal of Psychiatry, 157**: 1084-1088.

Malchy, B., Enns, M.W., Young, K.T., et Cox, B.J. (1997). Suicide among Manitoba's aboriginal population. **Canadian Medical Association Journal, 156**(8): 1133-1138.

McTimoney, D. C., Savoy, R.D., van Gaal, M.A. (1990). **Your Life! Our Future! Suicide Prevention Resource Kit**. Ottawa, Santé Canada (Trousse de prévention du suicide).

Mental Health Advisory Services, Health Canada (1994). **Resource Listing on the Issue of Suicide**. Ottawa, Health Canada.

Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services (1997). **Youth Suicide in Australia: A Background Monograph**, Australian Government Publishing Services.

Mertens, D. M. (2001). Inclusivity and transformation: Evaluation in 2010. **American Journal of Evaluation, 22**(3): 367-374.

Middlebrook, D. L., LeMaster, P.L., Beals, J., Novins, D.K., Manson, S.M. (2001). Suicide prevention in American Indian and Alaska Native communities: A critical review of programs. **Suicide and Life Threatening Behavior, 31**(1): 132-149.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1998). **Help for Life: Quebec's Strategy for Preventing Suicide**. Québec, Gouvernement du Québec.

Ministry of National Health and Welfare and Minister Responsible for the Federal Office of Regional Development – Québec, Ottawa (1993). **National Suicide Prevention Workshop - Summary of Proceedings**.

Momaday, N. S. (1976). Native American Attitudes to the Environment. **Seeing with a Native Eye**. W. H. Capps (ed). New York, Harper Row: 79-85.

Motto, J. A., et Bostrom, A.G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. **Psychiatric Services, 52**(6): 828-833.

National Commission on Resources for Youth (1982). **Youth Empowerment: A Training Guide**. Boston, Reproduced by the Educational Resource and Information Center.

National Clearinghouse on Children and Youth (1996). **Reconnecting Youth and Community: A Youth Development Approach**. Silver Springs, MD, U.S. Department of Health and Human Services: Family and Youth Bureau, Administration on Children, Youth and Families.

Neimeyer, R. A., Fortner, B., et Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. **Suicide and Life Threatening Behavior**, 31(1): 71-82.

Novins, D. K., Beals, J., Roberts, R.E., Manson, S.M. (1999). Factors associated with suicidal ideation among American Indian adolescents: does culture matter. **Suicide and Life Threatening Behavior, 29**(4): 332-346.

Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. **Health Promotion International, 1**: 113-127.

O'Carroll, P. W., Mercy, J.A., et Steward, J.A. (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. **Morbitity and Mortality Weekly Reports, 37**(8-6): 1-12.

Peveler, R., et Kendrick, T. (2001). Treatment delivery and guidelines in primary care. **British Medical Bulletin, 57**: 193-206.

Pfaff, J. J., Acres, J.G., et McKelvey, R.S. (2001). Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. **Medical Journal of Australia, 174**(5): 222-226.

Poland, B. D., Green, L.W., & Rootman, I (eds.) (2000). **Settings for Health Promotion**. Thousand Oaks, Sage Publications.

Randell, B. P., Eggert, L.L., et Pike, K.C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. **Suicide and Life Threatening Behavior, 31**(1): 41-61.

Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. **American Journal of Community Psychology, 9**(1): 1-25.

Richard, L., Potvin, L., Kishchuk, N. et al. (1996). Assessment of the integration of ecological approach in health promotion. **American Journal of Health Promotion, 10**(4): 318-328.

Ringwalt, C. L., Graham, L.A., Pascall, M.J., Flewelling, R.L., et Bowne, D.C. (1996). Supporting adolescents with guidance and employment (SAGE). **American Journal of Preventitive Medicine, 12**(Suppl 5): 31-38.

Rodgers, D. D. (1991). Community Crisis Intervention in Suicide Epidemics. **Circumpolar Health 90**. B. D. Postl (ed). Winnipeg, University of Manitoba Press.

Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. **International Journal of Epidemiology, 14**: 32-38.

Ross, M. G. (1967). **Community Organization: Theory, Principles, and Practice**. New York, Harper & Row Publishers.

Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. **Journal of Affective Disorders, 62**(1-2): 123-129.

Samson, C., Wilson, J., et Mazower, J. (1999). **Canada's Tibet - The Killing of the Innu**. Survival for tribal and indigenous peoples.

Santa Mina, E. E. G., R.M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviors: A literature review. **Canadian Journal of Psychiatry, 43**: 703-800.

Santé Canada (1995) **Discussion Notes from the Suicide Prevention Workshop**

Santé Canada (1997). **Turning Points: Canadians coast to coast set a new course for health child and youth development**. Ottawa, Santé Canada.

Santé Canada et le ministère de la Santé de l'Ontario (1994). **Our Healing Journey Begins with Understanding: A Guide on Suicide Prevention for Community Helpers**. Ottawa, Santé Canada.

Santé et Bien-être social Canada (1991). **A Handbook for Indian Communities Evaluating Health Programs**. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Services consultatifs en matière de santé mentale, Santé Canada (1994). **Resource Listing on the Issue of Suicide**. Ottawa, Santé Canada.

Shafer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., et Trautman, P. (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27**(6): 675-687.

Sinclair, M. C. (1998). Suicide in First Nations People. **Suicide in Canada**. A. Leenaars et al. (eds) Toronto, University of Toronto Press.

Strategic Research and Analysis et le Social Cohesion Network (2001). **Holding the Centre: What We Know About Cohesion**. Ottawa, Gouvernement du Canada.

Stanfield, B. Research Paper for the Canadian Institute of Cultural Affairs, Community Development Intensive Course Manual.

Takanishi, R. (1993a). Changing views of adolescence in contemporary society. **Adolescence in the 1990s: Risk and Opportunity**. R. Takanashi (ed.). New York, Teacher's College: 1-7.

Takanishi, R. (1993b). The opportunities of adolescence - Research, interventions, and policy. **American Psychologist, 48**(2): 85-87.

Thatcher, R. (2001). **Vision Seekers, A Structured Personal & Social Development Program for First Nations Youth at High Risk**.

Thompson, E. A., Eggert, L.L., Randell, B.P., et Pike, K.C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. **American Journal of Public Health, 91**(5): 742-752.

Tierney, R., Ramsey, R., Tanney, B., et Lang, W. (1990). Comprehensive school suicide prevention programs. **Death Studies, 14**: 347-370.

United States Department of Health and Human Services (2001). **National Strategy for Suicide Prevention Goals and Objectives for Action**. Rockville, MD, Public Health Service.

Vince, C. J., et Hamrick, K.R. (1990). Preventing youth suicide: What works? Program and policy choices for schools. **Youth Suicide: Issues, Assessment, and Intervention**. C.P. Cimbolic and D.A. Jobes (eds). Springfield, Illinois, Charles C. Thomas.

Wallerstein, N. (1992). Empowerment and popular education applied to youth. New **Designs for Youth Development**, 10(1): 17-22.

Warren, R. L., Rose, S.M., Burgunder, A.F. (1974). **The Structure of Urban Reform: Community Decision Organizations in Stability and Change**. Lexington, Mass, Health-Lexington Books.

White, J. (1998). **Youth Suicide Prevention: A Framework for British Columbia. Vancouver, Suicide Prevention Information & Resource Centre of British Columbia**. Cooperative University-Provincial Psychiatric Liaison (CUPPL).

White, J. (1998). Comprehensive Youth Suicide Prevention: A Model for Understanding. **Suicide in Canada**. A. e. a. Leenaars. Toronto, University of Toronto Press.

White, J., et Jodoin, N. (1998). **Before the Fact Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention**. Vancouver, Suicide Prevention Information & Resource Centre of British Columbia, Co-operative University-Provincial Psychiatric Liaison (CUPPL).

Wien, D. F. (1985). Poverty, Its Contribution to Suicide. **Suicide in the North American Indian: Causes and Prevention**. Transcribed and edited proceedings of the 1985 meeting of the Canadian Psychiatric Association section on Native Mental Health (October 1985): pp. 6-25.

Wissow, L. S., Walkup, J., Barlow, A., Reid, R., et Kane, S. (2001). Cluster and regional influences in a Southwestern American Indian tribe. **Social Science & Medicine, 53**: 1115-1124.

Organisation mondiale de la santé (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (1993). **An active role for young people**. Genève, Organisation mondiale de la santé.

Organisation mondiale de la santé (s.d.). **Health Promotion: Concept and Principles fin Action**. Danemark, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé.

Yeo, M. (1993). Toward an ethic of empowerment for health promotion. **Health Promotion International, 8**(3): 225-235.

Yowell, C., et Gordon, E. (1996). Youth empowerment and human service institutions. **Journal of Negro Education, 65**(1): 19-29.

Zeldin, S., et Price, L.A. (1995). Creating supportive communities for adolescent development: Challenges to scholars. **Journal of Adolescent Research, 10**(1): 6-14.

Annexe A

Comité consultatif sur la prévention du suicide

PROFILE DES MEMBRES

Dr Peter Hettinga

Le docteur Hettinga, de Longbow Lake en Ontario, est gestionnaire intérimaire des Services de santé mentale de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à Santé Canada, région du Manitoba. Il a dirigé l'équipe d'évaluation de la Conférence Jeunesse sur le suicide pour la nation Nishnawbe-Aski, et a travaillé comme thérapeute en santé mentale et intervenant d'urgence dans nombre de collectivités des Premières nations. Le docteur Hettinga détient un doctorat en travail social clinique et en psychopédagogie de l'Université du Minnesota. Il a aussi obtenu une maîtrise en travail social, avec spécialisation en travail clinique, auprès de l'Université de Calgary.

Dr Laurence Kirmayer

Le docteur Kirmayer est professeur et directeur de la division de psychiatrie sociale et transculturelle à l'Université McGill, et rédacteur en chef de la revue scientifique trimestrielle *Transcultural Psychiatry*. Il dirige également l'unité de recherche sur la culture et la santé mentale au département de psychiatrie de l'hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis de Montréal. Ses travaux portent sur les concepts de santé et de maladie mentales dans les collectivités inuites ainsi que sur les facteurs de risque et les mesures de protection liés au suicide chez les jeunes Inuits.

Mr Clark MacFarlane

Monsieur MacFarlane, de Schumacher en Ontario, est l'unique propriétaire de *Community Solutions*, une entreprise qui aide les organismes du nord-est et du nord-ouest de l'Ontario à élaborer et à tenir à jour des programmes et des structures capables de contribuer au bien-être des personnes et des collectivités. Avant de

lancer *Community Solutions*, monsieur MacFarlane était planificateur principal des services de santé au Conseil de santé du district de Cochrane. Il a participé à de nombreuses initiatives de réforme de la santé mentale, de traitement des toxicomanies, de santé mentale chez les enfants et de soins de longue durée. Monsieur MacFarlane détient une maîtrise en études politiques de l'Université Queen's et une maîtrise en travail social (MSW) de l'Université de Toronto.

Dr Harriet MacMillan

Le docteur MacMillan est professeure agrégée aux départements de pédiatrie ainsi que de psychiatrie et neurosciences comportementales de l'Université McMaster, à Hamilton. Elle est aussi membre associée des départements d'épidémiologie clinique, de biostatique et de psychologie de cette même université. Depuis 1993, le docteur MacMillan dirige le programme de défense et d'évaluation de l'enfant, du service des enfants maltraités de l'*Hamilton Health Sciences Corporation*. L'Université Queen's lui a décerné un Doctorat en médecine, et le Collège royal de médecins lui a remis des bourses de recherche en pédiatrie et en psychiatrie.

Mr Bill Mussell

Membre de la bande indienne de Skwah, de Chilliwack Landing en Colombie-Britannique, monsieur Mussell est un expert-conseil et un chercheur bien connu des domaines de la santé, de l'éducation et de la politique d'aide sociale touchant les peuples autochtones. Il a su mettre à profit son expérience en travail social, en counseling et en développement communautaire pour restructurer les collectivités, promouvoir le travail d'équipe, les services à l'enfance et à la famille, la formation en leadership, l'évaluation de programmes et l'élaboration de cours sur la santé, la pédagogie et les services correctionnels. Monsieur Mussell est président-directeur général de la *Association autochtone de la santé mentale du Canada*. Il est également gestionnaire et éducateur en chef de la *Sal'i'shan Institute Society*, un institut de formation sans but lucratif

spécialisé dans la conception, la prestation et l'évaluation de programmes de santé, d'éducation et de bien-être adaptés aux besoins des peuples autochtones.

Rev. Doreen South (Rodenkirchen)

Madame Doreen South est conseillère en santé holistique. Elle offre des services axés sur la promotion du mieux-être des personnes, des familles et des entreprises afin de créer des communautés en meilleure santé. C'est par le truchement d'ateliers, de conférences et de counseling que madame South partage ses 32 années de formation et d'expérience en gestion du stress, adaptation au changement, établissement de relations saines, estime de soi et élaboration d'images positives. En plus d'avoir été membre de conseils régionaux de santé et de comités de coordination visant à mettre fin à la violence, madame South a présenté des conférences à l'Université Carleton dans le cadre du programme des sciences sociales autochtones. Elle participe présentement au programme de médecine traditionnelle de la Première nation d'Akwesasne et est conseillère auprès des Services de santé et des services sociaux communautaires et du Conseil des chefs élus.

Madeline Dion Stout

Madame Dion Stout est une intervenante Cree de la Première nation Kehewin, en Alberta. Elle participe activement au développement de la santé chez les Autochtones et est membre de plusieurs conseils et comités au service de groupes autochtones et non autochtones, notamment le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et le Comité consultatif sur la prévention du suicide. Elle a été membre du Forum national sur la santé ainsi que l'adjointe spéciale de Madame Monique Bégin, qui était alors ministre de la Santé et du Bien-être social.

Madame Dion Stout a été enseignante à l'école des études canadiennes de l'Université Carleton en plus d'être directrice du centre d'études, de recherche et de culture autochtones, et elle a

occupé le poste de présidente de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. Après un diplôme d'infirmière autorisée décerné par l'Hôpital général d'Edmonton, Madame Dion Stout a obtenu une maîtrise de la *Norman Paterson School of International Affairs* de l'Université Carleton ainsi qu'un baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Lethbridge. Elle prépare actuellement une maîtrise en administration publique à l'Université Queen's. Elle est également conseillère en santé auprès de la collectivité autochtone, et elle donne souvent des discours lors de congrès locaux, nationaux ou internationaux. Elle a également corédigé divers ouvrages techniques sur la santé des Autochtones. Dans toutes ces activités ainsi que dans son travail à titre d'expert-conseil, Madeleine s'efforce de maintenir les perspectives et les espoirs des autochtones au cœur de leur santé et des soins de santé qui leur sont destinés, en portant une attention particulière aux questions qui touchent les femmes et les enfants.

Dr Cornelia Wieman

Le docteur Wieman est la première femme psychiatre chez les autochtones du Canada. Originaire de la réserve de Little Grand Rapids, dans le nord du Manitoba, elle est membre de la nation Ojibway. Le docteur Wieman est diplômée de l'école de médecine de l'Université McMaster où elle a acquis une formation spécialisée en psychiatrie. Elle est professeure adjointe en clinique au département de psychiatrie et de neurosciences comportementales de McMaster, et vient d'être nommée coordonnatrice des sciences de la santé des étudiants autochtones de la faculté des sciences. Parmi les domaines cliniques et académiques qui lui tiennent à cœur, notons la santé et la santé mentale des autochtones, les soins de santé mentale dispensés au sein de populations et de secteurs mal desservis, et le syndrome du survivant de pensionnats.

Annexe B

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA PRÉVENTION DU SUICIDE
MANDAT
(modifié)

Objectif

Faire au ministre de la Santé et le chef national des recommandations pratiques, concrètes et réalisables afin de lutter contre la vague de suicides chez les jeunes des Premières nations.

Membres

Le Comité sera composé de personnes possédant une expertise dans les domaines de la santé mentale et du suicide chez les jeunes; ils seront nommés conjointement par l'Assemblée des Premières nations et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Calendrier

Le Comité sera établi au plus tard le 26 juin 2001 et devra remplir ses fonctions le 30 septembre 2001.

Objectifs

- Établir un groupe d'experts chargés d'étudier les documents existants sur le suicide chez les jeunes des Premières nations.

- Élaborer, selon la documentation étudiée et les débats dans les collectivités, une liste de critères précis visant à repérer les collectivités qui sont actuellement à risque élevé et celles qui risquent fort de le devenir.

- Décrire une stratégie précise qui aura pour but d'aider les collectivités à risque à élaborer leur propre stratégie de lutte contre le suicide et à traiter les facteurs qui mènent au suicide.

- Faire au ministre de la Santé et le chef national des recommandations pratiques et concrètes au plus tard 8 semaines après le début du travail du Comité; ces recommandations devront décrire des stratégies à court et à long terme.

Annexe C

Liste des documents étudiés

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40** (7 Suppl), 24S-51S

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2001). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behaviour. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40** (4), 495-499

Andriolo, K/R., (1998). Gender and the cultural construction of good and bad suicides. **Suicide and Life-Threatening Behaviour 28**(1), Spring: 37-49.

Apter, A., Horesh, N., Gothelf, D., Graffi, H., et Lepkifker, E. (2001). Relationship between self-disclosure and serious suicidal behaviour. **Comprehensive Psychiatry, 42** (1), 70-75

Arensman, E., Townsend, E., Hawton, K., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., Van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, L., et Traskman-Bendz, L. (2001). Psychosocial and pharmacological treatment of patients flowing deliberate self-harm: The methodological issues involved in evaluating effectiveness. **Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31** (2), 169-180.

Barber, J. G., (2001). Relative misery and youth suicide. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35** (1) 49-58.

Barney, D. D. (2001). Risk and protective factors for depression and health outcomes in American Indian and Alaska Native adolescents. **wicazo sa review: A Journal of Native American Studies, 16** (1), 135-150.

Barsh, R. L. (1986). "The Nature and Spirit of North American Political Systems" in the **American Quarterly: Journal of American Indian Studies**, Vol. X, no. 3, 181-196.

Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M., et Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of Northern Quebec: A case control study. **Canadian Medical Association Journal, 165** (6), 749-755.

Borowsky, I. W., Ireland, M., et Resnick, M.D. (2001). Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. **Pediatrics, 107** (3), 485-493.

Borowsky, I. W., Resnick, M.D., Ireland, M., Blum, R. W., (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska Native Youth. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 153** (6): 573-580.

Brasso, K.H., (1940). **Wisdom Sits in Places** (University of New Mexico Press, Albuquerque).

Breton, J. J., Boyer, R., Bilodeau, H., Raymond, S., Joubert, N. et Nantel, M.A., (1998). **Review of Evaluative Research on Suicide Intervention and Prevention Programs for Young People in Canada: Theoretical Context and Results**. Montréal (Quebec): Université de Montréal.

Canada: Discussion Notes from the Suicide Preventions Workshop: **Our Healing Journey**, n.d.

Capp, K., Deane, F.P., et Lambert, G., (2001). Suicide prevention in Aboriginal communities: application of community gatekeeper training. **Australian and New Zealand Journal of Public Health, 25** (4), 315-321.

Cardinal, H. (1969). **The Unjust Society: The Tragedy of Canada's Indians**, M.G. Hurtig Ltd., Publishers, Edmonton.

Centers for Disease Control, (1998). Suicide prevention evaluation in a Western Athabaskan American Indian tribe - New Mexico, 1988-1997. **Morbidity and Morality Weekly Reports 47**(13): 257-261.

Chandler, M.J., et Lalonde, C. (1998). "Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations". **Transcultural Psychiatry, 35** (2), 191-219.

Cleary, S. D. (2000). Adolescent victimization and associated suicidal and violent behaviours. **Adolescence, 35** (140), 671-682.

Cole, E. (2000). Suicide prevention school models. **International Journal of Psychology, 35** (3-4), 32-32.

Connors, E. (1995). "Family Illness in Tribal Communities" **in Focus Group on Suicide Prevention: Executive Summaries**, The Native Psychologists in Canada, Ottawa.

Cree Board of Health and Social Services of James Bay (n.d.) **"Suicide in Cree Communities of Eastern James Bay: A 10-year Study"** in Injury Prevention Series. Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

David, J., et Hassel, S.J., (1983) **Radical Prayer** (Paulist Press)

Devlin, A., Miminiska Associates. (2001) **First Nations and Inuit Suicide Intervention and Training - Best Practices**.

Dion Stout, M., et Kipling, G. D. **Emerging Priorities for the Health of First Nations and Inuit Children and Youth - Draft Discussion Paper** - Préparé pour Politique des programmes, Secrétariat du transfert et Planification, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, le 4 octobre 1999 - Résumé.

Elias, J. W., PhD, et Greyeyes, D. J., MSW. **Draft Report on an Environmental Scan of Mental Health Services in First Nations Communities in Canada for the Assembly of First Nations**. October 1999.

Ferry, J., (2000). No easy answer to high native suicide rate. **Lancet** 355(9207): 906.

Goldney, R.D., Fisher, L.J., et Wilson, D.H. (2001). Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. **Journal of Affective Disorders, 64** (2-3), 277-284.

Gould, M.S., et Kramer, R.A. (2001). Youth suicide prevention. **Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31** (1), 6-31.

Graham, T.C., et Ward, J. (2001). Using "reasons for living" approaches to connect to First Nations healing traditions. **Lifenotes - A Suicide Prevention & Community Health Newsletter, 6** (3), 8 & 14.

Hawton, L., Harriss, L., Hodder, K., Simkin, S., et Gunnell, D. (2001). The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. **Psychological Medicine, 31** (5), 827-836.

Henriksson, S., Boethius, G., et Isacsson, G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. **Acta Psychiatrica Scandinavica, 103** (4), 301-306.

Hinbest, J. (2001). **Youth Suicide Prevention in British Columbia: Putting Best Practices in Action**. Vancouver: Suicide Prevention Information and Resource Centre (SPIRC), Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, University of British Columbia.

Holinger, P. C., M.D., M.P.H., "Epidemiological Issues in Youth Suicide" in **Suicide Among Youth: Perspectives on Risk and Prevention** edited by Cynthia R. Pfeffer, M.D. (American Psychiatric Press, Ind., Washington, D.C.).

Houston, K., Hawton, K. et Shepperd, R. (2001). Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. **Journal of Affective Disorders, 63** (1-3), 159-170.

Humanité Services Planning, (1993). **How about ... Evaluation: A Handbook about Project Self-Evaluation for First Nations and Inuit Communities**. Préparé par Jacqueline D. Holt et commandité par les Services consultatifs en matière de santé mentale, Direction générale des services médicaux, Ottawa (Ontario).

Institut canadien de la santé infantile (2000). **The Health of Canada's Children: A CICH Profile**, 3e édition, Ottawa.

Isaacs, S., Keogh, S., Menard, C., Hockin, J., (1998). Suicide in the Northwest Territories: a descriptive review. **Chronic Diseases in Canada 19**(4): 152-156.

Joseph, H., **Big Cove Suicide Prevention Program: Final Report**. September 1993.

King, C. (1995). **"Aboriginal Concept of Suicide"** in Focus Group on Suicide Prevention: Executive Summaries, The Native Psychologists in Canada, Ottawa.

King, K.A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. **Journal of School Health, 71** (4), 132-137.

King, K.A., et Smith, J. (2000). Project SOAR: A training program to increase school counsellors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. **Journal of School Health, 70** (10), 402-407.

Kirmayer, L.J. (1994). Suicide among Canadian Aboriginal peoples. **Transcultural Psychiatric Research Review, 31** (1), 3-58.

Kirmayer, L.J., Boothroyd, L.J., Laliberte, A., et Laronde Simpson, B. (1999). **Suicide Prevention and Mental Health Promotion in Native Communities** (document de travail no 9). Montréal, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.

Kirmayer, L.J., Boothroyd, L.J., Tanner, A., Adelson, N., Robinson, E., et Oblin, C. (2000). Psychological distress among the Cree of James Bay. **Transcultural Psychiatry, 37** (1), 35-56.

Kirmayer, L. J., Hayton, B. C., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Ternar, Y., Yu, T., et Ferrara, N. (1993). **Suicide in Canadian Aboriginal Populations: Emerging Trends in Research and Clinical Intervention** (Rapport pour la Commission royale sur les peuples autochtones / document de travail no 1). Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.

Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Tait, D. L., (2000). The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. **Canadian Journal of Psychiatry 45**(7): 7-16.

Kirmayer, L. J., Fletcher, C., et Boothroyd, L. J., (1998). **Suicide Among the Inuit of Canada**. In Leenaars, A.A. et. al, (Eds) Suicide in Canada, Toronto (Ontario): University of Toronto Press, 194.

Lester, D., (1997). **Suicide in American Indians**. New York: Nova Science Publishers. pp. 153-187.

MacFarlane, C., (1999). A Framework for Prevention: **Establishing a National Suicide Prevention Program**

Malone, K. M., Oquendo, M.A., Haas, G. ., Ellis, S. P., Li, S., et Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: Reasons for living. **American Journal of Psychiatry, 157**, 1084-1088.

McTimoney, D.C., Savoy, R.D., van Gaal, M.A. Production de la trousse de prévention du suicide **Your Life! Our Future! Suicide Prevention Resource Kit** financée par Santé Canada (1990).

Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services, (1997). **Youth Suicide in Australia: A Background Monograph**, 2nd edition. Australian Government Publishing Services.

Middlebrook, D. L., LeMaster, P. L., Beals, J., Novins, D. K., et Manson, S. M. (2001). **Suicide prevention in American Indian and Alaska Native communities: A critical review of Programs. Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31** (1), 132-149.

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (1998). **Help for Life: Quebec's Strategy for Preventing Suicide**. Québec, Gouvernement du Québec.

Ministry of National Health and Welfare and Minister Responsible for the Federal Office of Regional Development – Québec et Ottawa (1993). **National Suicide Prevention Workshop - Summary of Proceedings**

Momada (Kiowa), N. S. (1974). **Native American Attitudes to the Environment**.

Motto, J. A., et Bostrom, A. G. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. **Psychiatric Services, 52** (6), 828-833.

Neimeyer, R. A., Fortner, B., et Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. **Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31** (1), 71-82.

Nishnawbe-Aski Nation Youth Forum on Suicide - **Horizons of Hope: An Empowering Journey - Final Report** 1995.

Novins, D. K., Beals, J., Roberts, R. E., Manson, S. M., (1999) Factors associated with suicidal ideation among American Indian adolescents: does culture matter? **Suicide and Life-Threatening Behaviour 29**(4), Winter: 332-346.

O'Carroll, P. W., Mercy, J. A. et Steward, J. A., (1988). CDC recommendations for a community plan for the prevention and containment of suicide clusters. **Morbidity and Mortality Weekly Reports 37**(8-6): 1-12.

Peveler, R., et Kendrick, T. (2001). Treatment delivery and guidelines in primary care. **British Medical Bulletin, 57**, 193-206.

Pfaff, J. J., Acres, J. G., et McKelvey, R. S. (2001). Training general practitioners to recognize and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. **Medical Journal of Australia. 174** (5), 222-226.

Randell, B. P., Eggert, L. L., et Pike, K. C. (2001). Immediate post intervention effects of two brief youth suicide prevention interventions. **Suicide and Life-Threatening Behaviour, 31** (1), 41-61.

Rodgers, D.D. (1991). **Community Crisis Intervention in Suicide Epidemics**. In: B.D. Postl, et al, eds Circumpolar Health 90, University of Manitoba Press, 276-280.

Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. **International Journal of Epidemiology, 14**, 32-38.

Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. **Journal of Affective Disorders, 62** (1-2), 123-129.

Samson, C., Wilson, J. And Mazower, J. (1999). **Canada's Tibet - the Killing of the Innu**. Survival for tribal and indigenous peoples - report on the Innu of Canada. www.survival.org.

Santa Mina, E. E., et Gallop, R. M. (1998). Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: A literature review. **Canadian Journal of Psychiatry, 43**, 703-800.

Santé et Bien-être social Canada (1991). **A Handbook for Indian Communities Evaluating Health Programs**. Ottawa, Approvisionnements et Services Canada.

Santé Canada et le ministère de la Santé de l'Ontario (1994). **Our Healing Journey Begins with Understanding / A Guide on Suicide Prevention for Community Helpers**. Ottawa, Santé Canada.

Services consultatifs en matière de santé mentale, Santé Canada (1994). **Resource Listing on the Issue of Suicide.**

Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., et Trautman, P., (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 27**(6): 675-687.

Sinclair, M.C. (1998). "Suicide in First Nations People" **in Suicide in Canada**, eds. Leenaars, Antoon A. et al, University of Toronto Press, Toronto.

Stanfield, B. Research Paper for the Canadian Institute of Cultural Affairs, Community Development Intensive Course Manual

Strategic Research and Analysis and the Social Cohesion Network (2001) **"Holding the Centre: What We Know About Cohesion"**. Ottawa: Government of Canada.

Surgeon General. (2001). **National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Thatcher, R., Ph.D., (2001). **Vision Seekers, A Structured Personal & Social Development Program for First Nations' Youth at High Social Risk**.

Thompson, E. A., Eggert, L. L., Randell, B. P., et Pike, K. C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. **American Journal of Public Health, 91** (5), 742-752.

Tierney, R., Ramsey, R., Tanney, B. et Lang, W., (1990). Comprehensive school suicide prevention programs. **Death Studies 14**: 347-370.

U.S. Department of Health and Human Services (2001). National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action. Public Health Service, Rockville, M.D.

Vince, C. J. et Hamrick, K. R., (1990). Preventing youth suicide: What works? Program and policy choices for schools. In P. Cimbolic et D. A. Jobes (Eds), **Youth Suicide: Issues, Assessment, and Intervention**. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas. Pp. 87-101.

White, J. (1998). **Youth Suicide Prevention: A Framework for British Columbia**. Vancouver: Suicide Prevention Information et Resource Centre of British Columbia, Co-Operative University-Provincial Psychiatric Liaison (CUPPL).

White, J. (1998) "Comprehensive Youth Suicide Prevention: A Model for Understanding" in **Suicide in Canada**, eds. Leenaars, Antoon A. et al, University of Toronto Press, Toronto.

White, J., et Jodoin, N. (1998). **Before the Fact Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention**. Vancouver: Suicide Prevention Information et Resource Centre of British Columbia, Co-Operative University-Provincial Psychiatric Liaison (CUPPL).

Wien, Dr. Fred. "Poverty, Its Contribution to Suicide" In **Suicide in the North American Indian: Causes and Prevention**. Transcribed and edited proceedings of the 1985 meeting of the Canadian Psychiatric Association Section on Native Mental Health (October 1985) pp. 6-25.

Wissow, L. S., Walkup, J., Barlow, A., Reid, R., et Kane, S. (2001). Cluster and regional influences on suicide in a Southwestern American Indian tribe. **Social Science et Medicine, 53**, 1115-112

Annexe D

Étude des stratégies de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale dans les collectivités des Premières nations **

(Adapté de : Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Laliberté, A., et Laronde Simpson, B. (1999). *Suicide prevention and mental health promotion in Native communities* (No. 9). Montréal, Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, Institut de Psychiatrie Communautaire et Familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.)

Programmes de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale étudiés

L'astérisque (*) indique les programmes recommandés; une description plus détaillée de ces programmes suit la liste.

- *Adolescent Suicide Awareness Program* (ASAP)
- *Cherish the Children*
- *Child and Family Resource Centre*
- *Community-Based Suicide Prevention Program**
- *Family Workshops: Parents and Problems**
- *Jicarilla Mental Health & Social Services Program**
- *Kishawehotesewin: A Native Parenting Approach*
- La prévention du suicide auprès des jeunes en milieu scolaire
- La prévention du suicide en milieu scolaire au secondaire: Une approche communautaire
- *Let's Live**
- *Life Skills Education for Children and Adolescents in Schools**
- CD-ROM mauve*
- *Mental Health Education*
- *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum**
- *Native Parenting Program**
- *Ngwaaganan Gamig Recovery Centre (Rainbow Lodge) and Nadmadwin Mental Health Clinic*

- *Northwest Territories School Health Program*
- *Parenting Education Program*
- Plein le dos : Programme de prévention du suicide en milieu scolaire au primaire
- Prévention et promotion du mieux-être
- *Program to Enhance Self-concept in Young Children*
- Programme d'entraide par les pairs *
- Rescousse: Groupe d'entraide
- *Seniors Group*
- *Skills for the Primary School Child (SPSC)*
- *Sparrow Lake Alliance*
- *Suicide Prevention Curriculum*
- *Suicide Prevention Training Programs' Workshop*
- *Teen Esteem*
- *Before the Fact (SPIRC)*
- *Vision Seekers*

Programmes recommandés *

Jicarilla Mental Health and Social Services Program

Ce programme offre une approche communautaire de prévention du suicide axée sur la famille et encourage les valeurs culturelles et les traditions. Il est centré sur des facteurs de risque de suicide (abus de drogues et d'alcool, abus physique, sexuel et affectif, négligence infantile), et sur les problèmes communautaires en offrant de l'information sur la violence domestique, l'abus des enfants, l'économie, l'abus de drogues et le rôle de parent.

Le *Jicarilla Mental Health & Social Services Program* fait partie du *American Indian/Alaska Native Community Suicide Prevention Center & Network* (AI/AN CSPCN). Ce réseau vise à développer des programmes de prévention et d'intervention, des équipes d'intervention de crise, et le partage d'information entre les collectivités autochtones.

Pour de plus amples renseignements :
Pat Serna, Director
Jicarilla Mental Health & Social Services
P.O. Box 546
Dulce, New Mexico 87528
(505) 759-3162 (téléphone)
(505) 759-3588 (télécopieur)
cspcn@cvn.com (courriel)

Community-Based Suicide Prevention Program

Le *Community-Based Suicide Prevention Program* (CBSPP) a été développé et implanté par des communautés autochtones d'Alaska. Il est financé par l'état et offre des subventions pour promouvoir les activités de prévention du suicide en milieu communautaire. Ces activités visent différents aspects de la prévention, de la promotion de la santé mentale et de l'intervention dans les cas de suicide ainsi que le suivi. Plusieurs projets appuyés par le CBSPP sont centrés sur des activités traditionnelles qui encouragent les valeurs culturelles telles que des échanges jeunes/aînés, où les aînés partagent leurs connaissances et leur sagesse avec les plus jeunes. Ces échanges augmentent l'estime de soi des aînés et enseignent le respect aux jeunes, tout en créant un climat favorable à la transmission de savoir culturel important.

Pour de plus amples renseignements :
Susan Soule, Community-Based Suicide Prevention Program
Rural Services, Division of Alcoholism & Drug Abuse
Alaska Department of Health & Social Services
Box 110607
Juneau Alaska 99811-0607
(907) 465-3370 (téléphone)
(907) 465-2185 (télécopieur)
www.hss.state.ak.us/htmlstuf/alcohol/SUICIDE/SUICIDE.HTM
(website)

Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum

Le *Miyupimaatisiiuwin Wellness Curriculum* a une approche scolaire détaillée par rapport à la promotion de la santé et par conséquent à la prévention du suicide à long terme. Détaillé, ce programme traite d'une variété de problèmes de mieux-être dans un format pratique et facile à comprendre, incluant des leçons toutes prêtes et du matériel préparatoire. C'est un programme de prévention qui met l'emphase sur le mieux-être par la promotion de la santé pour les enfants de la maternelle à la 8^{e} année.

L'accent est mis sur le « mieux-être », un concept considéré par l'équipe responsable du développement comme une perspective alternative basée sur des questions d'estime de soi, de développement positif du concept de soi, de prise de conscience des pressions sociales, des valeurs et de la prévention de l'abus. L'équipe responsable du développement considère que ces facteurs contribuent à la prévention des comportements suicidaires, bien qu'il n'y ait aucun thème spécifique sur le suicide dans le curriculum.

Pour de plus amples renseignements :
Barbara Reney
SWEN Productions
3622 rue De Bullion #2
Montréal (Québec) H2X 3A3
(514) 849-8478 (téléphone)
(514) 849-2580 (télécopieur)

Let's Live! ASK•ASSESS•ACT

Let's Live! est un exemple de programme de sensibilisation et d'intervention issu du milieu scolaire satisfaisant certaines des recommandations générales du CRPA (1995), touchant les approches de prévention du suicide. Le guide du programme traite des stages de perfectionnement et fournit le contenu et les procédures de deux

séances. Des ressources diverses ainsi que du matériel pédagogique, incluant des exercices et un manuel d'enseignant, sont suivis de leçons, regroupées par thèmes, destinées aux élèves, abordant les sujets suivants : *Qu'est-ce que le suicide ? ; Comment savoir si quelqu'un veut se suicider ? ; Pourquoi les adolescents tentent-t-ils de se suicider ? ; Comment aider une personne suicidaire ?* ; et *Comment tirer le meilleur parti de ma vie ?*

Récemment, un atelier d'un jour portant sur l'intervention du suicide s'adressant au personnel scolaire (les surveillants) a été mis au point afin de remplacer le stage d'initiation rattaché au programme *Let's Live!* On donna aussi un nouveau nom à cet atelier — *ASK•ASSESS•ACT* — afin de le distinguer de la composante Let's Live! destinée aux élèves et pour mieux refléter les objectifs d'apprentissage. Il vise à accroître la compétence générale du personnel scolaire en ce qui touche l'identification et la gestion des crises de jeunes potentiellement suicidaires.

Pour de plus amples renseignements :
Cheryl Haw, Director
B.C. Council for Families
204-2590 Granville Street
Vancouver (C.-B) V6H 3H1
(604) 660-0675 (téléphone)
(604) 732-4813 (télécopieur)
bccf@istar.ca (courriel)
www.bccf.bc.ca (site Web)

Life Skills Training

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a développé un programme d'apprentissage de l'autonomie fonctionnelle s'adressant aux enfants et aux adolescents. Le but d'un tel programme est d'enseigner les habiletés personnelles de base, c'est-à-dire celles dont il faut disposer pour pouvoir relever

efficacement les défis et satisfaire aux exigences inhérentes à la vie de tous les jours, comme la communication, la prise de décisions, la confiance en soi et les habiletés reliées au processus de résolution de problèmes.

Pour de plus amples renseignements :
Dr J. Orley, Médecin principal
Division de la santé mentale
Organisation mondiale de la santé
1211 Geneva 27
Suisse
(011-41) 22-791-4160 (télécopieur)

Programme d'entraide par les pairs

Programme de prévention et d'intervention conçu pour les jeunes du niveau secondaire. Le programme fait la promotion de la croissance personnelle, de l'apprentissage des habiletés de communications, et l'entraide d'amis éprouvant des difficultés. Il aide les pairs à être davantage à l'écoute, encourage les jeunes à chercher de l'aide auprès de professionnels, et contribue à nous sensibiliser sur les signes reliés à la pensée suicidaire. La philosophie sous-jacente à ce programme est l'implantation (et le maintien) d'un réseau d'entraide comme approche concrète de la communauté afin de réduire la détresse.

Pour de plus amples renseignements :
Joyce Chagnon
Fondation JEVI
86 13e avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1E 2X7
(819) 564-1354 (téléphone)
(819) 564-4486 (télécopieur)

Native Parenting Program

Cours de 12 semaines dispensé deux fois par an à un groupe qui compte entre 15-20 participants; il débute par le programme parental *Y'a personne de parfait* (en conjugaison avec les *Kisewatotatowin Parenting Classes*) et il est suivi par un *Native Cultural Program*. La plupart des participants sont d'origine autochtone. L'objectif du programme parental autochtone est d'inciter les gens à verbaliser leurs propres expériences, aider les participants à obtenir une compréhension plus profonde de leurs émotions et de leurs colères, examiner les coutumes ancestrales et les habiletés parentales, accroître la fierté culturelle et l'estime de soi, pouvoir mieux déceler les facteurs de risque, et accroître la connaissance des ressources disponibles et les façons d'y accéder.

Pour de plus amples renseignements :
Louise McKinney, Native Health Worker and Parent Educator
Westside Community Clinic
631 20th Street West
Saskatoon (Sask.) S7M 0X8
(306) 664-4310 (téléphone)
(306) 934-2506 (télécopieur)

Family Workshop: Parents and Problems Parenting Program

Le *Family Workshop: Parents and Problems Parenting Program*, qui touche la résolution de problèmes, a été développé aux États-Unis et implanté dans la communauté autochtone de Big Cove, au Nouveau-Brunswick. Les objectifs poursuivis sont de permettre aux parents de mieux comprendre leurs comportements réciproques et ceux de leur(s) adolescent(s), d'examiner comment les adolescents perçoivent le comportement de leurs parents, et ce qui motive les adolescents à se comporter comme ils le font. De cette façon, le programme vise à prévenir les problèmes de santé mentale, l'abus d'alcool et de drogue, et la criminalité chez les adolescents.

Pour de plus amples renseignements :
Harry Sock, Director
Child and Family Services
Big Cove Indian Band, Site 11, Box 1
Big Cove (N.-B) E0A 2L0

CD-ROM Multimédia : Mauve

Le cédérom Mauve, réalisé par Médiaspaul et Pentafolio Inc., avec le concours de Santé Canada, s'adresse aux jeunes de 12 à 18 ans. Cet outil interactif, disponible en français et en anglais, favorise la réflexion autonome et encourage le dialogue. Les objectifs poursuivis sont d'amener les adolescents à partager leur vécu, réduire le sentiment d'isolement en présentant des points de vue d'adolescents qui éprouvent des difficultés similaires, et aider le jeune à identifier des attitudes ou des comportements autodestructeurs, envisager les problèmes de façon plus objective, et dégager un sens plus aigu de l'existence. De cette façon, cet outil vise la promotion d'attitudes positives sur les sujets qu'il aborde (par ex. l'amour, la sexualité, le travail, l'école, la famille, la vie et l'image qu'on a de soi), suscite une prise de conscience de l'importance de la santé en général, favorise la santé mentale et prévient la dépression, l'abus de drogues et le suicide.

Pour de plus amples renseignements :
Médiaspaul Inc.
3965 boul. Henri-Bourassa Est
Montréal-Nord (Québec) H1H 1L1
(514) 322-7341 (téléphone)
(514) 322-4281 (télécopieur)
mediaspaul@mediaspaul.qc.ca (courriel)

Pentafolio Multimedia
1277 Pilon Road
Clarence Creek (Ontario) K0A 1N0
(613) 488-3921 (téléphone)
(613) 488-3922 (télécopieur)
mauve@pentafolio.com (courriel)

***Suicide Prevention Information and Resource Centre* (SPIRC)**

Le rôle principal du SPIRC était de promouvoir et de soutenir la stratégie provinciale de prévention du suicide chez les jeunes du *Ministry for Children and Families'* (MCF) de Colombie-Britannique. Le Centre était une division de la *Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit* (MHECCU), de la faculté de psychiatrie de l'Université de Colombie-Britannique.

Le SPIRC visait à fournir soutien, conseils et services de consultation aux bureaux régionaux du MCF afin de faciliter la planification en matière de prévention du suicide chez les jeunes. Le SPIRC a travaillé étroitement avec les divers bureaux régionaux du MCF pour assurer que leurs plans triennaux comportent des stratégies complètes de prévention du suicide et du comportement suicidaire chez les jeunes, faisant ainsi écho à des notions décrites dans les documents de planification provinciaux et autres documents connexes.

Afin d'atteindre ces objectifs, le SPIRC a lancé des activités dans trois domaines : le soutien communautaire, l'éducation et le développement des aptitudes et la collecte et la diffusion de renseignements.

En 1998, le SPIRC a publié *Before the Fact Interventions: A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention*, un manuel qui décrit quinze approches de travail auprès des personnes, des familles, des écoles et des collectivités afin de réduire le risque de suicide chez les jeunes. Ces stratégies sont destinées à être déployées « avant les incidents », c'est-à-dire auprès des groupes sains des collectivités, des groupes à un stade précoce ou des groupes où un risque précis de suicide n'a pas encore été relevé.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir un exemplaire du manuel « Before the Fact » :
Mental Health Evaluation & Community Consultation Unit
Department of Psychiatry, UBC
2250 Wesbrook Mall
Vancouver (Colombie-Britannique)
Canada, V6T 1W6
(604) 822-1736 (téléphone)
(604) 822-7786 (télécopieur)
www.mheccu.ubc.ca

*Certains de ces programmes ont depuis été interrompus. Ils sont toutefois de solides fondations pour d'autres programmes. Les personnes intéressées peuvent obtenir des renseignements généraux sur chacun des programmes en entrant directement en contact avec le programme ou par l'intermédiaire de l'Unité de recherche sur la culture et la santé mentale, à Montréal. Des renseignements sur d'autres programmes de prévention du suicide sont disponibles auprès du *Suicide Information & Education Centre* :

Suicide Information & Education Centre (SIEC)
201-1615-10th Avenue. SW
Calgary (Alberta)
Canada T3C 0J7
Téléphone : 403-245-3900
Télécopieur : 403-245-0299

Courriel : siec@suicideinfo.ca
Site Web : www.suicideinfo.ca

Le SIEC est un programme de l'Association canadienne pour la santé mentale, division de l'Alberta.

Le SIEC a rédigé un manuel :
Jennifer White et Nadine Jodoin, *Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies"*, Suicide Prevention Training Programs, Calgary, Alberta.

Pour de plus amples renseignements :
sptp@suicideinfo.ca

Annexe E

Analyse des services de santé mentale financés par le SSNA : répercussions sur le suicide chez les jeunes des Premières nations

Cornelia Wieman, FRCPC
Six Nations Mental Health Services, Ohsweken (Ontario) &
Faculté de psychiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

Le présent document donne plus de détails sur les points soulevés à la Section 3, partie 2 du rapport ci-dessus.

Description du programme des services de santé non assurés

- Le SSNA n'est qu'un des programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

- Le programme SSNA fournit une gamme limitée de produits et de services de santé lorsque ces produits et services sont médicalement nécessaires et non disponibles par l'intermédiaire d'un autre régime d'assurance-maladie — privé, provincial ou territorial.

- La raison d'être du programme est d'offrir ces services aux Premières nations et aux Inuits d'une manière : « 1) qui respecte [nos] besoins particuliers en matière de santé; 2) qui [nous] aide à atteindre un niveau de santé globale comparable à celui de la population canadienne en général; 3) qui soit viable du point de vue des finances et de la gestion des services; et 4) qui facilite la prise en charge des services par les Premières nations et les Inuits, à un moment et à un rythme qui [nous] conviennent. »[1]

[1] Rapport annuel 1999/2000 du Programme des services de santé non assurés, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, p. 3.

- Le programme SSNA couvre les services de pharmacie (médicaments d'ordonnance et en vente libre ainsi que fournitures et équipements médicaux), les soins dentaires, les soins de la vue, le transport pour des raisons médicales, les cotisations au régime provincial d'assurance-maladie (en Alberta et en Colombie-Britannique seulement), et d'autres services de santé comme des consultations d'intervention d'urgence en santé mentale.[2]

- Le financement du SSNA a pour but de fournir des fonds limités de dernier recours pour fournir des soins de santé mentale professionnels aux individus et aux communautés à risque ou en situation de crise [3]

- Afin de maintenir la qualité des soins et assurer l'imputabilité des services, les services de santé mentale financés par le SSNA sont donnés par des professionnels de la santé mentale, notamment des psychologues, des infirmières en psychiatrie et des travailleurs sociaux.[4]

Bénéficiaires des services de santé non-assurés

- En mars 2000, le nombre de clients admissibles était de 690 151 [5]

- Les clients admissibles se trouvent en majorité en Ontario (151 741), puis dans la région du Pacifique (109 847) et au Manitoba (104 821); ces quatre régions représentent respectivement 22 %, 15,9 % et 15,2 % du total national.

- Parmi tous les clients admissibles, 95 % proviennent des Premières nations et 5 % sont Inuits.

[2] Rapport annuel 1999/2000 du SSNA, p. 3.
[3] NIHB Interim Program Directive, No. 7, Mental Health Services, Preamble, p. 1.
[4] NIHB Interim Program Directive, p.1
[5] all data in this section from NIHB 1999/2000 Annual Report pp. 5-12

- Entre l'exercice 1990-1991 et l'exercice 1999-2000, la population des Premières nations et des Inuits a cru à un taux annuel de 2,9 %, par rapport à 1,2 % pour la population canadienne en général; c'est le segment dont la croissance est la plus marquée.

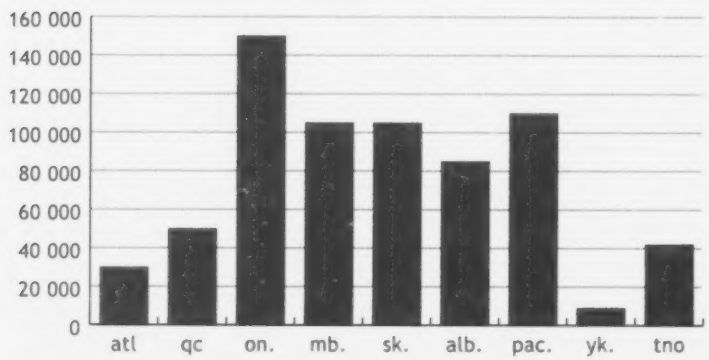
- Entre l'exercice 1989-1990 et mars 2000, le nombre de clients admissibles inscrits au Système de vérification du statut (SVS) a augmenté de plus de 32 %.

- À l'échelle nationale, le nombre des clients de Premières nations a augmenté de 2,7 % entre 1999 et 2000; c'est au Manitoba que cette croissance a été la plus forte (3,5 %).

- Parmi tous les clients inscrits au SVS, 51 % sont de sexe féminin et 49 % de sexe masculin.

- Près de trois quarts de la population des Premières nations et des Inuits ont moins de 40 ans, et l'âge moyen des clients admissibles est de 28 ans.

Nombre de clients admissibles par région (mars 2000)



Dépenses du programme SSNA[6]

- L'enveloppe budgétaire totale destinée à la santé des Premières nations et des Inuits a été fixée à 1,2 milliard de dollars pour l'exercice financier 2000-2001. De ce budget, 613,8 millions de dollars (51 % environ) est destiné aux services de santé, 28,9 millions (2 % environ) aux services hospitaliers et 570 millions (47 %) au SSNA.

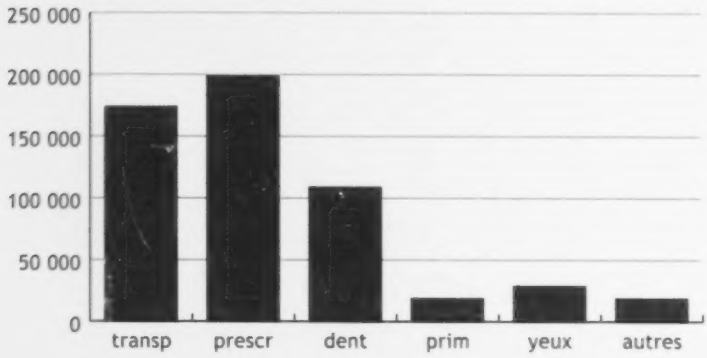
- Dans une période de huit ans, les dépenses liées au programme SSNA sont passées de 214 millions de dollars environ en 1988 à plus de 500 millions en 1996. Le taux de croissance a toutefois diminué, passant de 22,9 % en 1990-1991 à 5,7 % en 1999-2000.

- En 1990-2000, le budget du SSNA a été de 545 millions de dollars environ, une hausse de 5,7 % par rapport au budget de 516 millions de dollars environ pour l'exercice précédent; cette hausse provient tant de l'augmentation du nombre de clients admissibles que des modifications apportées aux prestations et aux coûts des systèmes de soins de santé provinciaux.

- Voici la ventilation des dépenses du SSNA par type de services (exercice 1999-2000) :

[6] Sauf indication contraire, toutes les données de cette section proviennent du Rapport annuel 1999/2000 du SSNA, pp. 17-58.

Dépenses annuelles du SSNA par type de services, exercice 1999-2000 (en milliers de dollars)



Dans ce tableau, « autres » désigne les autres soins de santé, notamment les services de santé mentale. Au cours de l'exercice financier 1999-2000, 16,1 millions de dollars environ ont été consacrés aux autres soins de santé, soit 3 % de l'enveloppe budgétaire totale du SSNA (545 millions de dollars environ. Entre l'exercice 1991-1992 et l'exercice 1999-2000, le budget des autres soins de santé a baissé de 56 %. Ces sommes ne comprennent pas les budgets consacrés à divers accords de contribution.

- Les services de pharmacie ont pris la part du lion (206 millions de dollars environ) des dépenses du SSNA, tandis que les « autres soins de santé » (qui comprennent les services de santé mentale) n'ont compté que pour 3 % des dépenses annuelles du SSNA, soit 16,1 millions de dollars environ.

- Entre l'exercice 1998-1999 et le suivant, les « autres soins de santé », dont les services de santé mentale, c'est la seule catégorie à avoir connu une baisse des dépenses (de 19,1 %).

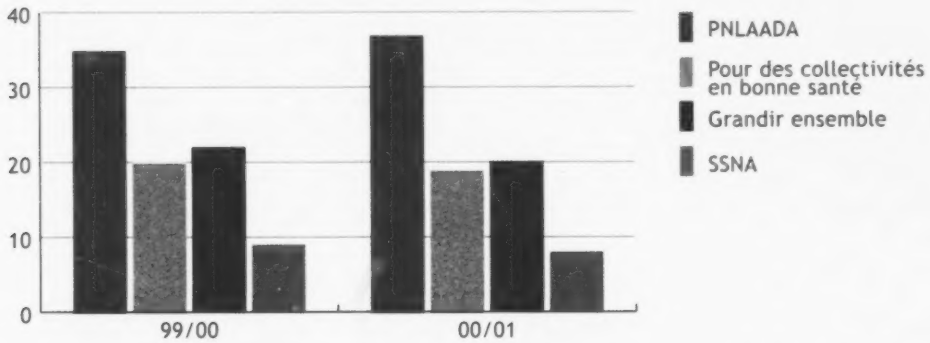
- Pendant l'exercice 1999-2000, l'Ontario a été responsable de la plus grande proportion des dépenses totales (104,7 millions de dollars, soit 19,2 %), suivi par le Manitoba (92 millions de dollars, soit 17 % environ).

- Sur dix ans, entre 1990 et 2000, les dépenses du programme SSNA ont augmenté plus rapidement dans la région du Manitoba (125 %) qu'en Ontario (88 %).

Dépenses du SSNA liées aux services de santé mentale

- Les services de santé mentale sont fournis aux citoyens des Premières nations par une série de programmes, notamment Pour des collectivités en bonne santé et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), ainsi que par l'intermédiaire du SSNA.

Dépenses de divers programmes, santé mentale (exercices 1999-2000 et 2000-2001)



Au cours de l'exercice financier 2000-2001, 37,7 millions de dollars environ ont été consacrés au PNLAADA; 19,2 millions de dollars environ au programme Pour des collectivités en bonne santé; 20,1 millions de dollars environ au programme Grandir ensemble; et 8,4 millions de dollars environ aux consultations en santé mentale. Total des dépenses : 85,5 millions de dollars environ.

- La consultation en santé mentale fait partie de la catégorie « autres services de santé » du SSNA et a compté pour la moitié environ du budget de 16,1 millions de dollars prévu pour l'exercice 1999-2000, soit 8,9 millions de dollars environ.

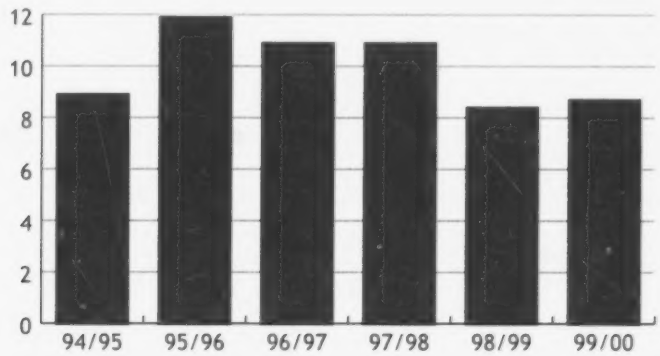
- Entre l'exercice 1998-1999 et l'exercice 1999-2000, les dépenses totales pour des services de santé mentale fournis par les divers programmes énumérés ci-dessous ont été réduites de 88,1 millions de dollars environ à 85,5 millions de dollars environ.[7]

- Au cours de cette même période, le budget du SSNA consacré aux consultations de santé mentale est passé de 8,9 millions de dollars environ à 8,4 millions de dollars environ.

- Les consultations en santé mentale financées par le SSNA entrent dans les catégories suivantes :[8]

- Les stratégies ciblées sur les interventions de santé mentale en situation de crise, financées par le programme Pour des collectivités en bonne santé ont également vu leur budget baisser d'année en année :[9]

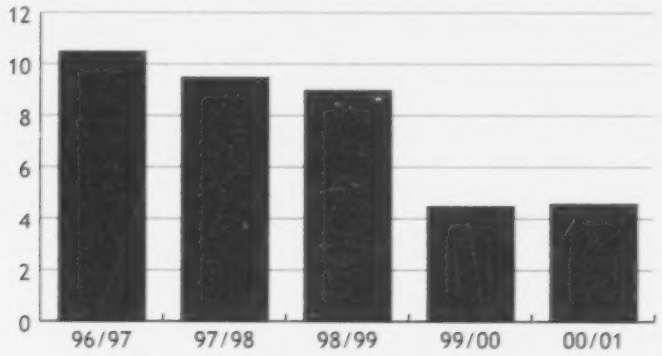
Consultations subventionnées par le SSNA entre 1994-1995 et 1999-2000 (millions de dollars)



Le financement des consultations par le SSNA a atteint un sommet pendant l'exercice 1996-1997 (11 millions de dollars environ), mais au cours des deux dernières années, il a oscillé entre 8,6 et 8,9 millions de dollars environ. Ces sommes ne comprennent pas les autres sources de financement comme les accords de contribution.

[7] information provided directly by First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, 2001
[8] information provided directly by First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, 2001
[9] information provided directly by First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, 2001

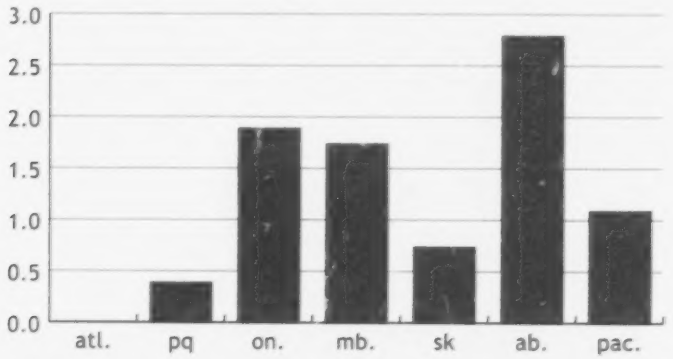
Interventions d'urgence en santé mentale financées par le programme Pour des collectivités en bonne santé entre 1996-1997 et 2000-2001 (millions de dollars)



Pendant l'exercice 2000-2001, le financement des interventions d'urgence en santé mentale par le programme Pour des collectivités en bonne santé a été de 4,6 millions de dollars environ. La région de l'Ontario utilise une large partie de ce budget (2,5 millions de dollars environ) tandis que d'autres régions n'utilisent pas les fonds de ce programme pour cela.

- Les autres sources de renseignements sur l'utilisation des fonds du SSNA ne sont pas indiquées de façon constante d'une région à l'autre : par exemple, il n'existe pas d'information précise sur les offres permanentes, les accords de contribution ni sur les paiements à l'acte dans les régions du Nunavut, de l'Atlantique ni de l'Ontario pour l'exercice 2000-2001.

Subvention du SSNA pour des consultations en 1999-2000, par région (millions de dollars)



Pendant cette période, l'Alberta a reçu du SSNA les subventions les plus importantes (2,9 millions de dollars environ) pour des consultations, suivi par l'Ontario (1,9 million de dollars environ) et le Manitoba (1,8 million de dollars environ).

- Les rapports omettent parfois de distinguer entre la prestation de services en réserve et hors réserve.

- En Alberta, le SSNA a consacré 1,6 million de dollars environ à des consultations payées à l'acte : 4000 clients environ ont été rencontrés 5 fois chacun en moyenne, ce qui signifie des dépenses moyennes de 400 $ par client environ.

- Aucune donnée n'est disponible pour l'instant sur l'utilisation des fonds du SSNA pour des collectivités en crise ou jugées à risque élevé de suicide chez les jeunes.

- Pour l'exercice 1999-2000, deux des médicaments parmi les dix les plus prescrits à l'échelle nationale sont des antidépresseurs : le Paxil en comprimés de 20 mg (2,64 millions de dollars) et le Zoloft en capsules de 50 mg (1,02 million de dollars).

Questions relatives aux services de consultation financés par le SSNA[10]

- Le nombre de sessions de consultations auxquelles a droit chaque client varie selon la région; dans certains cas, le nombre maximal de sessions subventionnées a été réduit.

- Des questions ont été soulevées sur la rapidité des approbations relatives aux consultations, ce qui permettrait à la crise de passer avant le début des consultations.

- Dans certaines régions, on juge que le processus d'approbation pour les consultations est laborieux et exige beaucoup de formalités administratives.

- L'admissibilité aux services et l'enregistrement des clients dans le système de vérification soulèvent plusieurs questions.

[10] Les questions suivantes proviennent de discussions du Comité consultatif sur la prévention du suicide.

- L'accessibilité des services pour les personnes vivant dans les réserves ou à l'extérieur des réserves est quelquefois problématique, si par exemple les conseillers relevant du SSNA exercent leur pratique à l'extérieur des réserves, les bénéficiaires peuvent éprouver des difficultés à se rendre ou à assister à leurs sessions de consultation.

- Certains clients peuvent sentir que l'aide fournie n'est ni appropriée ni pertinente à leur culture.

- Les jeunes en particulier peuvent ressentir une incapacité à entrer réellement en relations avec les conseillers à leur service, ce qui peut faire obstacle à leur capacité d'établir une alliance avec le thérapeute sinon les empêcher de faire suite aux conseils donnés.

- Les conseillers peuvent ne pas tous avoir la même aptitude à fournir des services de santé mentale efficaces et fondés sur les faits et à défendre les intérêts des clients ayant besoin de services de santé mentale plus spécialisés.

- Les conseillers qui relèvent du SSNA peuvent ne pas tous avoir les mêmes compétences ou la même confiance pour traiter les patients difficiles, notamment les patients gravement suicidaires.

- Par nécessité ou pour des raisons de temps, les conseillers peuvent se voir faire des sessions de consultation à d'autres fins que les fins prévues (p. ex., pour d'autres raisons que des consultations à court terme d'intervention en situation de crise; ou même dans certains cas doubler le nombre de sessions réellement subventionnées).

- La confidentialité est une question très importante pour les personnes qui envisagent la consultation, et elle devient cruciale pour les citoyens de petites collectivités.

- Les particuliers au passé troublant et souffrant de multiples affections mentales (p. ex., difficultés familiales ou de couple, abus de drogues, violence familiale et passé criminel) peuvent bénéficier de services de nombreux organismes différents, ce qui mène à la fragmentation des services et à un manque de coordination.

- L'interprétation de la directive du SSNA varie de région en région au sujet des services fournis. Par exemple, la directive sous-entend que les services sont disponibles aux particuliers et aux collectivités à risque et en situation de crise.[1]

Conclusions tirées des données et des questions soulevées

- Les données quantitatives disponibles ne permettent pas de dresser un portrait fidèle de la quantité et de la qualité des services fournis par l'intermédiaire du programme SSNA; il est par conséquent impossible d'en tirer des conclusions claires sur la prévention du suicide.

- Des différences ont été relevées entre les régions et à l'intérieur des régions dans l'utilisation des ressources du SSNA; cela aussi rend difficile l'intégration des services entre les régions et sur le plan national. Ces différences proviennent en partie de divergences régionales dans l'interprétation de la directive provisoire du programme (c'est-à-dire si les services sont destinés exclusivement aux particuliers).

- Selon les directives provisoires du programme, les fonds du SSNA sont accessibles à des collectivités particulières en situation de crise ou à risque élevé, la fréquence d'utilisation de ces ressources et la proportion utilisée réellement aux fins prévues sont toutefois inconnues.

[1] NIHB Interim Program Directive, No. 7, Mental Health Services, Preamble, p.1

- Les chiffres sont clairs : les services de santé mentale ne forment pas une portion importante des dépenses totales du programme SSNA.

- Les données subjectives (les questions relatives aux consultations) laissent penser que le système actuel de financement du SSNA utilisé pour la prestation de services de santé mentale ne fonctionne pas de façon optimale : il lui est donc impossible de remplir son mandat de la manière la plus appropriée aux personnes et collectivités en situation de crise ou de risque élevé.

Recommandations

- Que plus d'efforts soient faits pour déterminer si des collectivités particulièrement considérées à risque élevé de suicide ont effectivement accès aux fonds réservés par le SSNA pour le traitement.

- Que le comité actuellement chargé d'étudier le « renouveau » et les directives du SSNA porte une attention particulière à la question du suicide.

- Que les bureaux régionaux de Santé Canada encouragent une plus grande latitude et une interprétation plus large du mandat du SSNA relatif aux services de santé mentale afin d'élargir l'accès à ces services dans les réserves de toutes les régions.

- Que soient optimisés les services actuellement offerts par le biais du SSNA : actuellement centrés exclusivement sur la prévention tertiaire, ils devraient être réorientés afin d'inclure des services de prévention secondaire (c'est-à-dire diagnostic préliminaire et traitement).

- Comme les fonds du SSNA actuellement consacrés aux services de santé sont restés à un niveau relativement constant ou ont baissé, alors que le nombre de clients admissibles continue de croître, que soit sérieusement envisagée la possibilité d'accroître la proportion des fonds consacrés aux services de santé à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire du SSNA.

Annexe F

Lignes directrices d'évaluation des collectivités

Les lignes directrices suivantes d'évaluation des collectivités, mentionnée dans la partie II du rapport ci-dessus, sont présentées pour qu'elles soient évaluées, testées et modifiées. Elles doivent beaucoup au processus d'évaluation des collectivités pour le suicide de la Conférence Jeunesse sur le suicide de la nation Nishnawbe-Aski effectué au début de chacun des forums communautaires; ce processus est supervisé par un chef d'équipe d'évaluation.

Les travailleurs en santé mentale d'une collectivité peuvent se servir des présentes lignes directrices pour évaluer leur collectivité et élaborer un plan d'action afin de faire face aux questions les plus importantes. Les collectivités voudront peut-être demander à un thérapeute en santé mentale professionnel d'établir un plan de diagnostic et de traitement pour la collectivité selon la durée prévue du traitement (directive provisoire de programme pour les services de santé mentale du SSNA, 1994). Les travailleurs en santé mentale de la collectivité pourront ensuite incorporer ce plan de diagnostic et de traitement communautaire dans leur plan d'action portant sur les questions de santé mentale et de suicide au sein de la collectivité.

Cette évaluation doit absolument être présentée dans le cadre d'un processus de guérison communautaire. Les travailleurs en santé mentale de la collectivité devront, par conséquent, faire preuve de jugement dans l'utilisation des présentes lignes directrices d'évaluation afin de ne pas exacerber la crainte et la peur déjà présentes dans la collectivité.

IDENTIFICATION DE LA COLLECTIVITÉ

a) Nom de la collectivité :

_____

b) Région de la DGSPNI où elle se trouve :

_____

c) Population totale résidant dans la réserve :

_____

Distribution approximative par tranche d'âge :

0 - 6 ans : ____ 20 - 30 ans : ____

7 - 12 ans : ____ 31 - 50 ans : ____

13 - 19 ans : ____ 50+ ans : ____

d) Le présent guide d'évaluation est rempli par :

Nom : _____

Poste : _____

Position dans la collectivité ou relation avec celle-ci :

_____(Donnez la liste de tous les participants ou répondants principaux.)

e) Établissement de la DGSPNI — cochez le type d'établissement de la DGSPNI dont dispose la collectivité :

Poste de soins infirmiers : ____ Centre de santé : ____

Autre : ____

f) Décrire l'emplacement de la collectivité :

_____

_____

Emplacement de la collectivité par rapport à l'hôpital, les médecins et les services de santé mentale :

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

Cochez la description la plus appropriée à la collectivité :

- non-isolée, accès routier (à moins de 90 km)
- semi-isolée, accès routier (à plus de 90 km)
- isolée (vols réguliers, service téléphonique, aucun accès routier)
- éloignée (pas de vols réguliers, service téléphonique minimal, aucun accès routier)
- autre (expliquez)

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA COLLECTIVITÉ

a) Suicides au cours de deux dernières années : (Veuillez remplir ces questions pour chacun des suicides survenu au cours des deux dernières années.)

Nom (facultatif) : _____

Âge: _____ Sexe : _____ Date : _____

Circonstances :

- Tentatives précédentes : O: __ Combien (approx.) : ____ N: __
- Conflit avec ami(e) intime ou partenaire : O : __ N : __
- Conflit avec un parent ou une figure parentale : O : __ N : _
- Abus de drogues ou d'alcool : O : __ N : __
- Domicile de la victime :
  Expliquez : _____
- Méthode utilisée :
  Expliquez : _____
- La collectivité avait-elle accès à des consultations en santé mentale fournies par des travailleurs sociaux, des travailleurs en santé mentale ou des professionnels (p. ex., services à l'enfance et à la famille, thérapeutes en santé mentale, psychologues, travailleurs communautaires, infirmières ou médecins) ?
  O : __ N : __

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

Expliquez : _____

- Hospitalisation précédente pour motif d'évaluation ou de traitement en santé mentale (indiquez l'hôpital et la période d'hospitalisation) :

  Expliquez : _____

- Circonstances :

  Expliquez : _____

b) Tentatives de suicide au cours de deux dernières années : (Veuillez remplir ces questions pour chacune des tentatives de suicide des deux dernières années.)

Nom (facultatif): _____

Âge: ____ Sexe : ____ Date: _____

- Circonstances :

  Tentatives précédentes : O : __

  Combien (approx.): ____ N : __

- Conflit avec ami(e) intime ou partenaire : O : __ N :__
- Conflit avec un parent ou une figure parentale : O : __ N : __
- Abus de drogues ou d'alcool : O : __ N : __
- Domicile de la victime :

  Expliquez : _____

- Méthode utilisée :

  Expliquez : _____

- La collectivité avait-elle accès à des consultations en santé mentale fournies par des travailleurs sociaux, des travailleurs en santé mentale ou des professionnels (p. ex., services à l'enfance et à la famille, thérapeutes en santé mentale, psychologues, travailleurs communautaires, infirmières ou médecins) ?

  Expliquez : _____

- Hospitalisation précédente pour motif d'évaluation ou de traitement en santé mentale (indiquez l'hôpital et la période d'hospitalisation) :

  Expliquez : _____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

- Circonstances :

  Expliquez : _____

c) Veuillez indiquer si ces suicides (et tentatives de suicide) constituent un groupe de suicides. Veuillez tenir compte de facteurs comme les ressemblances et les liens entre les suicides réussis et les tentatives, le choix du moment, les enfants à charge (avant et actuellement) les profils psychosociaux, les dossiers médicaux et rencontres précédentes avec des travailleurs sociaux, des travailleurs en santé mentale ou des professionnels, les difficultés relationnelles et toute forme de pacte suicidaire connu.

Veuillez décrire et expliquer :

_____

_____

_____

COHÉSION DE LA COLLECTIVITÉ :

a) Nombre de personnes à risque élevé (p. ex., selon les tentatives précédentes tel qu'indiqué par les travailleurs communautaires) : ___

Expliquez : _____

b) Nombre d'enfants en foyer d'accueil hébergés dans la collectivité : _

Nombre d'enfants en foyer d'accueil à l'extérieur de la collectivité :

____

Total: ____

c) Pourcentage des enfants éduqués par leurs parents naturels (un ou les deux) : ____%; leurs beaux-parents : ____%; d'autres membres de la famille (formels ou coutumiers) : ____%; d'autres membres de la collectivité (autochtones) : ____%____%; d'autres membres de la collectivité (non-autochtones) : ____%

d) Nombre de décès (à l'exclusion des suicides) au cours des deux dernières années de cause non naturelle (p. ex., accident ou acte violent) et les circonstances entourant chacun de ces décès :

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

e)

1) Pourcentage d'enfants et d'adolescents toxicomanes (c.-à-d. inhalation de solvants ou de vapeurs d'essence, abus de drogues ou alcoolisme) : _____%

2) Pourcentage d'adultes toxicomanes (c.-à-d. inhalation de solvants ou de vapeurs d'essence, abus de drogues ou alcoolisme) : _____%

f) Nombre de familles dont plus d'un membre est toxicomane : ____

g) Rapports anecdotiques (par des travailleurs communautaires) sur la présence d'indicateurs d'abus physique, sexuel ou affectif :

_____

h) Nombre d'agressions sexuelles signalées au cours des deux dernières années : ____

i) Nombre d'agressions physiques signalées au cours des deux dernières années : ____

j) Nombre de cas de violence au foyer signalés au cours des deux dernières années : ____

k) Événements traumatiques survenus dans la collectivité et à la collectivité en général :

_____

_____

l) Décès d'aînés, de chefs ou d'autres personnes respectées :

_____

FACTEURS D'INTÉGRATION FAMILIALE :

a) Rôle des aînés dans la famille élargie (guides, conseillers, guérisseurs) :

Expliquez : _____

b) Modes d'interaction (conflit, collaboration) entre les divers groupes ou factions de la famille élargie :

Expliquez : _____

c) Instabilité familiale (séparations, ruptures de mariage) :

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

c) Instabilité familiale (séparations, ruptures de mariage) :

Expliquez : _____

d) Pertes et séparations vécues par les enfants :

Expliquez : _____

e) Conflits interpersonnels et interfamiliaux :

Expliquez : _____

DESCRIPTION DE L'ÉTAT PRÉSENT DU PROCESSUS DE GUÉRISON DE LA COMMUNAUTÉ

a) Participation par la collectivité à la prise de décisions concernant les enfants à charge, l'appui aux familles à risque, et le rôle et le fonctionnement du comité des services à la famille (ou l'équivalent) :

Expliquez : _____

b) Rôle des aînés de la collectivité dans les processus communautaires de prise de décisions :

Expliquez : _____

c) Rôle des adultes comme modèles à suivre dans l'aide apportée aux enfants et aux jeunes à risque :

Expliquez : _____

d) Accueil fait par la communauté à ses membres (donne-t-elle ou non un sentiment d'appartenance à ses membres ?) :

Expliquez : _____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

_____

_____

_____

e) Degré d'utilisation des pratiques de guérison traditionnelles dans la collectivité (en comparaison avec le degré d'utilisation coutumier) ?

Expliquez :

_____

_____

_____

f) Responsabilité acceptée par la collectivité sur les abus sexuels ou physiques passés et prise en charge des mesures de rétablissement pertinentes (p. ex., cercles de guérison) :

Expliquez :

_____

_____

_____

g) Recherche des personnes dont un parent ou un ami a commis un suicide afin de leur offrir le soutien dont elles ont besoin :

Expliquez :

_____

_____

_____

PRESTATION DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ MENTALE À LA COLLECTIVITÉ OU À LA TRIBU

a) Relation avec la DGSPNI entretenue par la collectivité :

communauté ayant conclu une entente de transfert :

O : __ N : __

communauté ayant conclu une entente au titre des services de santé communautaires intégrés : O : __ N : __

b) Accord de contribution relatif aux services de santé mentale financés par le Programme des services de santé non assurés : O : __ N : __

conclu par la collectivité : O : __ N : __

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

conclu par le conseil tribal : O : __ N : __

nom de l'agence (le cas échéant) : _____

c) Contrat avec un thérapeute en santé mentale :

conclu par la collectivité : O : __ N : __

conclu par le conseil tribal : O : __ N : __

financé par le SSNA : O : __ N : __

nom du thérapeute et de l'agence ou entreprise (le cas échéant) :

_____

d) Le thérapeute subventionné par le SSNA est-il payé à l'acte pour ses consultations avec les clients? O : __ N : __

nom du thérapeute et de l'agence ou entreprise (le cas échéant) :

_____

e) Description du programme Grandir ensemble:

Fonds fournis : _____

Personnel engagé : _____

Activités :

_____

_____

_____

f) Description du programme Pour des collectivités en bonne santé :

Fonds fournis : _____

Personnel engagé : _____

Activités :

_____

_____

g) Accès aux services de santé mentale provinciaux : O : __ N : __

Type:

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

h) Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones :

Fonds fournis : _____

Personnel engagé : _____

Activités :

_____

_____

i) Accès aux services financés par la Fondation pour la guérison des Autochtones :

(Veuillez décrire le financement, le personnel et les activités communautaire effectuées.)

_____

_____

_____

_____

j) Description des installations ou des programmes récréatifs de la collectivité :

_____

_____

_____

PROCESSUS DE GUÉRISON PROPRES À LA COLLECTIVITÉ

a) Lien entre les comportements suicidaires et les processus de développement des jeunes, comme des mesures prises par les travailleurs communautaires à l'égard des jeunes en état de crise, ou des activités communautaires qui encouragent l'inclusion et la participation des jeunes :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

b) Efficacité des ressources actuelles (travailleurs communautaires) dans le dépistage et le suivi des personnes à risque élevé, et niveau de soutien apporté activement à ces personnes :

Expliquez :

_____

_____

c) Réactions des travailleurs ou des bénévoles aux tentatives, verbalisations ou gestes suicidaires, organisation d'une stratégie de lutte, affectation des ressources, efforts d'éducation et de sensibilisation de la collectivité :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

d) Fréquence des réunions de l'équipe des travailleurs communautaires, efficacité à dépister et aider les clients à risque élevé, conférences de cas et procédures de gestion, affectation et suivi des tâches, et mécanismes de correction afin d'améliorer la prestation des services :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

e) Engagement de l'équipe des travailleurs communautaires à promouvoir de façon positive la santé mentale des personnes à risque élevé en les mettant en contact avec la structure sociale de la collectivité (visites personnelles à domicile, sensibilisation à l'affirmation de soi, encouragement auprès des Aînés pour qu'ils s'occupent des personnes à risque élevé) :

Expliquez :

_____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

f) Forces et faiblesses du système communautaire de prestation des services de santé et de prévention du suicide :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

PROBLÈMES D'INFRASTRUCTURE COMMUNAUTAIRE

a) Nombre de personnes sans abri et « presque sans abri » (particulièrement les adolescents et les jeunes adultes précédemment en foyer d'accueil) : _____

b) Mesures prises par l'équipe de travail communautaire pour s'assurer que les tâches sont effectuées par ses membres :

Expliquez :

_____

_____

c) Mesures prises pour assurer la continuité culturelle de la collectivité (p. ex., aider les jeunes à ressentir un lien avec leurs origines culturelles et traditionnelles) :

Expliquez :

_____

_____

_____

d) Installations culturelles, pratiques coutumières et traditionnelles, participation des jeunes à la culture de la collectivité (la culture perçue comme un battement de cœur ou de tambour) :

Expliquez :

_____

_____

_____

e) Histoire de la collectivité (déplacement, amalgamation, modification forcée du style de vie, stress post-traumatique) :

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

f) Contrôle des finances par la collectivité (collectivité administrée par un tiers) : O : __ N : __

Nom de l'administrateur en tierce partie (le cas échéant) :

_____

FACTEURS DE CONTINUITÉ COMMUNAUTAIRE

a) Capacité de la collectivité d'impartir un sens de continuité chez les adolescents (les aide-t-on à sentir leurs racines dans les coutumes de la collectivité ?) :

O : __ N : __

b) Appui donné par la collectivité, par l'intermédiaire de particuliers, aux périodes de transition difficiles, comme le passage de l'adolescence à l'âge adulte (p. ex., un sens d'appartenance et d'interdépendance) :

O : __ N : __

c) Encouragement de l'identité de la collectivité dans un contexte culturel (degré d'intégration des coutumes et pratiques traditionnelles); bâtiment réservé aux activités culturelles :

Expliquez :

_____

_____

_____

d) Capacité de la culture communautaire à donner des principes solides aux adolescents qui éprouvent des problèmes d'identité ou de transition (comment la collectivité fait face à ces questions) :

Expliquez :

_____ _____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

e) Gravité de l'affaiblissement des liens avec l'avenir (p. ex., nombre d'enfants et de jeunes en foyer d'accueil); comment la collectivité fait face à ces questions :

Expliquez :

_____

_____

_____

f) Capacité à trouver pour chacun des moyens persuasifs d'assurer sa continuité (perte du sentiment d'un lien avec l'avenir); comment la collectivité fait face à ces questions :

Expliquez :

_____

_____

_____

g) Description du degré avec lequel les systèmes actuels de prestation des services sociaux et des services de santé mentale (y compris les services à l'enfance et à la famille) s'adaptent aux problèmes particuliers de la collectivité :

_____

_____

_____

PLAN DE TRAITEMENT DE LA COLLECTIVITÉ

a) Difficultés à surmonter :

Expliquez :

_____

_____

_____

b) Atouts de la collectivité sur lesquels il est possible de fonder des solutions afin de traiter la situation actuelle :

Expliquez :

_____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

c) Moyens de renforcer la continuité culturelle de la collectivité :

Expliquez :

_____

_____

_____

d) « Plan de traitement » de la collectivité :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

_____

e) Durée ou calendrier prévu du traitement :

Expliquez :

_____

f) Ressources nécessaires (selon une utilisation efficace des ressources existantes comme les programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé, le PNLAADA, les représentants en santé communautaire, les services de santé mentale du SSNA, la Fondation pour la guérison des Autochtones et d'autres sources de subventions); fournir la ventilation des coûts et le budget :

_____

_____

_____

_____

g) Description des mesures d'intégration et de coordination des services afin d'assurer la mise en œuvre d'un système de gestion des cas :

_____

_____

_____

_____

***Veuillez annexer au besoin les renseignements et explications supplémentaires sur une autre feuille.**

h) Résultats prévus dans la collectivité, selon le calendrier (veuillez détailler les résultats, quand ils sont prévus et les méthodes de mesure de ces résultats) :

_____

_____

_____

_____

i) Processus d'évaluation utilisé :

Expliquez :

_____

_____

_____

_____

_____

j) Mode de présentation des rapports / mode d'imputabilité proposé :

Expliquez :

_____

_____

Conclusion

Tirer des conclusions claires de l'évaluation des collectivités pourra permettre à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada de traiter les situations problématiques à un stade précoce. Afin d'aider les collectivités ainsi identifiées, la DGSPNI devra évaluer la mise en œuvre de ses politiques de santé mentale communautaire et des politiques du SSNA et affecter des ressources supplémentaires pour mettre en place les stratégies et les mesures prévues avant que les collectivités entrent en crise grave.

Les présentes lignes directrices d'évaluation peuvent aider la DGSPNI à effectuer des essais pilotes selon la directive provisoire nationale sur la prestation des services de santé mentale, car elles peuvent aider à dépister les collectivités à risque et orienter l'élaboration des évaluations et des plans de traitement pour ces collectivités, selon les résultats obtenus.

Annexe G

Le développement communautaire

De prime abord, la notion de développement communautaire mentionnée dans la partie III du rapport ci-dessus s'explique tout naturellement. Cependant, lorsqu'on tente de décrire les étapes d'un processus ayant pour but de réaliser le développement communautaire, on se rend vite compte que tant « développement » que « communautaire » peuvent vouloir dire bien des choses. Leur sens peut changer tant selon l'orientation politique et culturelle de chacun que selon les objectifs voulus. Dans ses efforts de classifier les approches de développement communautaire, Brian Stanfield, de l'Institut canadien des affaires culturelles, a répertorié quinze approches distinctes qu'il a classées en quatre grandes catégories[1] :

- développement dirigé par des experts et des élites professionnels (c.-à-d. la planification sociale);
- approches locales menées par les citoyens (développement communautaire holistique, développement économique de la collectivité);
- programmes de développement communautaires (c.-à-d. coopérative d'épargne et de crédit);
- programmes fondés sur une idéologie (p. ex., l'approche organisationnelle de Sal Alinsky).

Ce classement est certes contestable, mais là n'est pas notre propos; nous désirons simplement montrer que de nombreuses approches et processus différents peuvent être qualifiés de « développement communautaire ».

[1] Stanfield, ____

PARTICIPATION DES CITOYENS

Permettre aux citoyens d'exprimer leurs doutes et inquiétudes au sujet des politiques, c'est déjà lancer le processus de participation.[2] Cinq principes généraux de participation civile ont été répertoriés : l'information (les gouvernements doivent fournir en temps opportun des informations accessibles); la représentation (tous doivent être respectés et écoutés); l'imputabilité (explications complètes et possibilité de partager ses opinions sur les décisions prises ainsi que leurs résultats); la communauté (les membres collaborent, se font confiance, se sentent liés par des intérêts communs, s'éduquent et se sentent habilités par ce processus); et la relation (un processus transparent aide les membres de la collectivité à se sentir l'égal du gouvernement et à sentir un souci réel pour leur bien-être)[3].

COHÉSION SOCIALE

La cohésion sociale pousse les citoyens à croire en des processus sociaux collectifs, comme payer les taxes scolaires même si l'on n'a pas d'enfant à l'école. Les citoyens se font mutuellement confiance, et font aussi confiance aux institutions pour les protéger de risques indus et pour résoudre les conflits de façon transparente et juste. Les membres d'une société sont disposés à collaborer et à prendre bénévolement des mesures collectives s'ils partagent des valeurs comme la liberté, l'égalité, la démocratie, le respect des droits de la personne, la tolérance, l'inclusion, la responsabilité collective et le respect de la loi. La cohésion sociale fournit le terroir social dans lequel ces valeurs peuvent éclore et fleurir.

Les régimes autoritaires et les collectivités en deuil peuvent imiter les signes de cohésion sociale mais non l'entretenir. Ils instaurent l'ordre, des valeurs partagées et une interprétation collective des choses, et peuvent même manifester une capacité surprenante

[2] Miriam Wyaman, David Shulman & Laurie Ham. *Learning to Engage: Experiences with Civic Engagement in Canada*. www.cprn.com (1999): 1-30.
[3] Edward C. Lesage Jr., Frances Abele, Walter Kubiski and John C. Robinson.

d'entreprendre des projets collectifs, mais tout cela a un prix : ces mesures sont prises sous contrainte, et ce sont des régimes qui privilégient l'exclusion de certains groupes et qui durent rarement longtemps[4].

La cohésion sociale consiste en la disposition qu'ont les citoyens de collaborer et d'agir ensemble. La collaboration et les mesures prises collectivement existent à tous les plans —personnel, communautaire, dans un groupe ou un club social, dans le secteur de l'économie et même à l'échelle nationale. Les valeurs sociales profondément libérales et la cohésion sociale existent en réciprocité et se renforcent mutuellement.

INTÉGRATION

Réussir à intégrer les services communautaires exige une longue planification, des voies de communication efficaces entre les divers programmes ou organismes participants et la formation du personnel avant la mise en œuvre du projet. De l'autorité et une définition claire des rôles et des responsabilités de chacun sont essentielles dans ce processus.

Ébauches d'outils à l'intention des agents de développement communautaire

Les tableaux 1 et 2 sont des exemples d'outils que peuvent utiliser les agents pour aider les collectivités à élaborer leurs propres programmes. Le modèle présenté au tableau 1 permet de reconnaître que des programmes peuvent être conçus pour traiter chacun des facteurs à différents niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et sur divers plans (communautaire, institutionnel, familial et individuel). Un tel outil peut permettre aux collectivités de planifier en profondeur la conception de leur programme tout en les laissant libres de faire face aux problèmes. Par exemple, une collectivité encore sous le choc d'une récente

[4] Source: Holding the Centre: What We Know About Social Cohesion, by Strategic Research & Analysis and the Social Cohesion Network, January 2001.

vague de suicides peut avoir besoin de mettre sur pied plusieurs programmes de post-intervention et d'intervention secondaire afin de stabiliser la situation. Le tableau 2 fournit aux collectivités un point de départ pour brosser le tableau des ressources et programmes existants.

Afin de tenter d'établir tous les éléments d'un système complet et détaillé, ces outils combinent les quatre catégories de questions jouant un rôle dans le suicide chez les jeunes répertoriées par la Commission royale sur les peuples autochtones[1] (les facteurs psychologiques et biologiques, l'historique de vie ou les facteurs conjoncturels, les facteurs socioéconomiques et le stress culturel), les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), le plan de l'intervention (communautaire, institutionnel, familial et individuel) et les diverses tranches d'âge visées.

Tableau 1: Guide d'élaboration d'un programme complet de prévention du suicide

Plan de l'intervention	Niveau de prévention	Facteurs qui augmentent les risques de suicide	Gamme de programmes (exemples de programmes déjà en place)	Tranche d'âge
communautaire	primaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	secondaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	tertiaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
institutionnel	primaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	secondaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	tertiaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		

[1] Commission royale sur les peuples autochtones, *Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal Peoples*, Ottawa, Groupe Communication Canada, 1995, p. 20.

Plan de l'intervention	Niveau de prévention	Facteurs qui augmentent les risques de suicide	Gamme de programmes (exemples de programmes déjà en place)	Tranche d'âge
familial	primaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	secondaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	tertiaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
individuel	primaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	secondaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		
	tertiaire	psychologiques / biologiques		
		historique de vie / facteurs conjoncturels		
		socioéconomiques		
		stress culturel		

Facteurs psychologiques et biologiques : dépression, troubles anxieux, schizophrénie...

Historique de vie ou facteurs conjoncturels : instabilité familiale chronique, antécédents familiaux de problèmes en santé mentale, victime d'abus physique ou sexuel, abus d'alcool ou d'autres drogues, passé de conflits relationnels, récent conflit relationnel extrême ou perte récente d'un proche partenaire, deuil prolongé ou non encore résolu, emprisonnement, accès à des armes ou des substances mortelles, absence d'engagement religieux ou spirituel...

Facteurs socioéconomiques : chômage, pauvreté personnelle ou familiale, pauvreté relative ou membre d'une classe inférieure, bas niveau de santé communautaire, rares exemples de prospérité et de stabilité.

Stress culturel : perte de confiance des individus ou des groupes sur les façons de percevoir la vie (normes, valeurs, croyances) qui leur ont été enseignées par leur culture d'origine et le stress personnel ou collectif qui peut en résulter — perte des terres, perte de la maîtrise sur sa propre situation et occasions limitées d'améliorer son niveau de vie, extinction des systèmes de croyances et de la spiritualité, démantèlement des structures sociales, déplacement des institutions politiques, effondrement généralisé des règles et des valeurs culturelles et manque d'estime de soi, discrimination et racisme institutionnalisés et conséquences de leur intégration, adoption volontaire ou non des éléments d'une culture étrangère et perte de l'identité.

Tableau 2: Résumé des programmes fédéraux à l'intention des Premières nations et des Inuits

Tranche d'âge	Facteurs qui augmentent les risques de suicide	Programmes portant sur les facteurs qui augmentent les risques de suicide (voir l'annexe D pour une description des programmes)
0-6 ans	psychologiques / biologiques	
	historique de vie / facteurs conjoncturels	Grandir ensemble (santé mentale) Bon départ Programme canadien de nutrition prénatale
	socioéconomiques	Bon départ
	stress culturel	Bon départ
7-12 ans	psychologiques / biologiques	
	historique de vie / facteurs conjoncturels	
	socioéconomiques	
	stress culturel	Programme des Rangers juniors canadiens (DRHC) (12 –18 ans)
13-18 ans	psychologiques / biologiques	
	historique de vie / facteurs conjoncturels	
	socioéconomiques	Réseau des Premières nations Programme carrière-été pour les étudiants inuits et ceux des Premières nations (MAINC) (15 – 30 ans) Programme d'entrepreneuriat pour les jeunes Inuits et les jeunes des Premières nations (MAINC) (15 – 30 ans) Programme d'expérience de travail pour les jeunes Inuits et les jeunes des Premières nations (MAINC) (16 – 30 ans)
	stress culturel	Programme des Rangers juniors canadiens (DRHC) (12 –18 ans)
19-25 ans	psychologiques / biologiques	
	historique de vie / facteurs conjoncturels	
	socioéconomiques	Entreprise autochtone Canada – Programme d'entrepreneuriat chez les jeunes (Industrie Canada) Programme carrière-été pour les étudiants Inuits et ceux des Premières nations (MAINC) (15 – 30 ans) Programme d'entrepreneuriat pour les jeunes Inuits et les jeunes des Premières nations (MAINC) (15 – 30 ans) Programme d'expérience de travail pour les jeunes Inuits et les jeunes des Premières nations (MAINC) (16 – 30 ans)
	stress culturel	
Communauté	historique de vie / facteurs conjoncturels	Programme pour la prévention de la violence familiale (MAINC) Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (DGSPNI)
	socioéconomiques	Entreprise autochtone Canada (Industrie Canada) Stratégie fédérale d'approvisionnement auprès des entreprises autochtones (Affaires indiennes et du Nord Canada) – stratégie destinée à aider les entreprises autochtones à faire plus d'affaires avec tous les ministères et agences fédéraux[2]
	stress culturel	Réseau des Premières nations

[2] www.cbsc.org/nb/display.cfm?BisNumber=2675&Coll=Federal_Bis, consulté le 11 décembre 1999.

Tableau 2: Résumé des programmes fédéraux à l'intention des Premières nations et des Inuits

Tranche d'âge	Facteurs qui augmentent les risques de suicide	Programmes portant sur les facteurs qui augmentent les risques de suicide (voir l'annexe D pour une description des programmes)

Annexe H

Infrastructure administrative recommandée pour appuyer les projets pilotes

Le tableau suivant, mentionné dans la partie III du rapport ci-dessus, expose les rôles, et responsabilités et l'imputabilité des éléments respectifs de la structure administrative proposée pour les projets pilotes. L'annexe I présente le diagramme de cette même structure.

Rôles, Responsabilités et mécanismes d'imputabilité

Élément	Rôle	Responsabilités	Mécanisme d'imputabilité
DGSPNI	Établissement du cadre du programme Établissement du cadre d'évaluation Financement	S'assurer de l'établissement d'une stratégie complète	Cadre et accord de contribution signés entre la DGSPNI et la collectivité
Comité national de coordination des programmes (Membres : représentants de la DGSPNI, des gouvernements provinciaux, des Premières nations, d'autres ministères fédéraux touchés et d'experts dans les domaines pertinents)	Défense et appui des projets pilote communautaires	Assurer le suivi de tous les plans des programmes communautaires Recevoir toutes les données d'évaluation Rédiger et diffuser les renseignements et les connaissances acquis par l'évaluation, notamment les pratiques exemplaires de prévention du suicide Coordonner les diverses sources de financement pour les idées de programmes qui proviendront des processus de développement communautaire	Mandat

Élément	Rôle	Responsabilités	Mécanisme d'imputabilité
Comité régional de ressources (Membres : représentants de la DGSPNI, des gouvernements provinciaux, des Premières nations et d'autres ministères fédéraux touchés (bureaux régionaux))	Liaison avec les divers comités de coordination locaux et défense des besoins communs en ressources	Appuyer les comités de coordination locaux	Mandat
Comités de coordination locaux (Membres : aînés, jeunes, travailleurs en santé, éducateurs, travailleurs sociaux, représentants du gouvernement provincial et de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits)	Établissement des liens entre les secteurs, les ressources et les personnes importants de la collectivité	Assurer le suivi du processus de participation de la collectivité	Cadre et entente signés entre la DGSPNI et la collectivité
Coordonnateur ou responsable local	Appuyer le comité de coordination dans l'exercice de ses fonctions	Faciliter le processus de participation de la collectivité Recueillir les données d'évaluation et les transmettre au comité national de coordination	Contrat d'emploi ou cadre et entente signés entre la DGSPNI et la collectivité
Agences de prestation des services	Prestation des services et de l'aide nécessaires	Mise en œuvre des mécanismes de collecte des données pour l'évaluation	Ententes et protocoles

Le diagramme ci-joint (annexe I) illustre l'infrastructure proposée aux paliers national, régional et local ainsi que les liens aux gouvernements fédéral et provinciaux et aux personnes-ressources de plusieurs domaines.

NOTE DE FIN DE DOCUMENT

Commission royale sur les peuples autochtones, *Choosing Life: Special Report on Suicide among Aboriginal Peoples*, Ottawa, Groupe Communication Canada, 1995, p. 20.
www.cbsc.org/nb/display.cfm?BisNumber=2675&Coll=Federal_Bis, consulté le 11 décembre 1999.

Structure administrative proposée

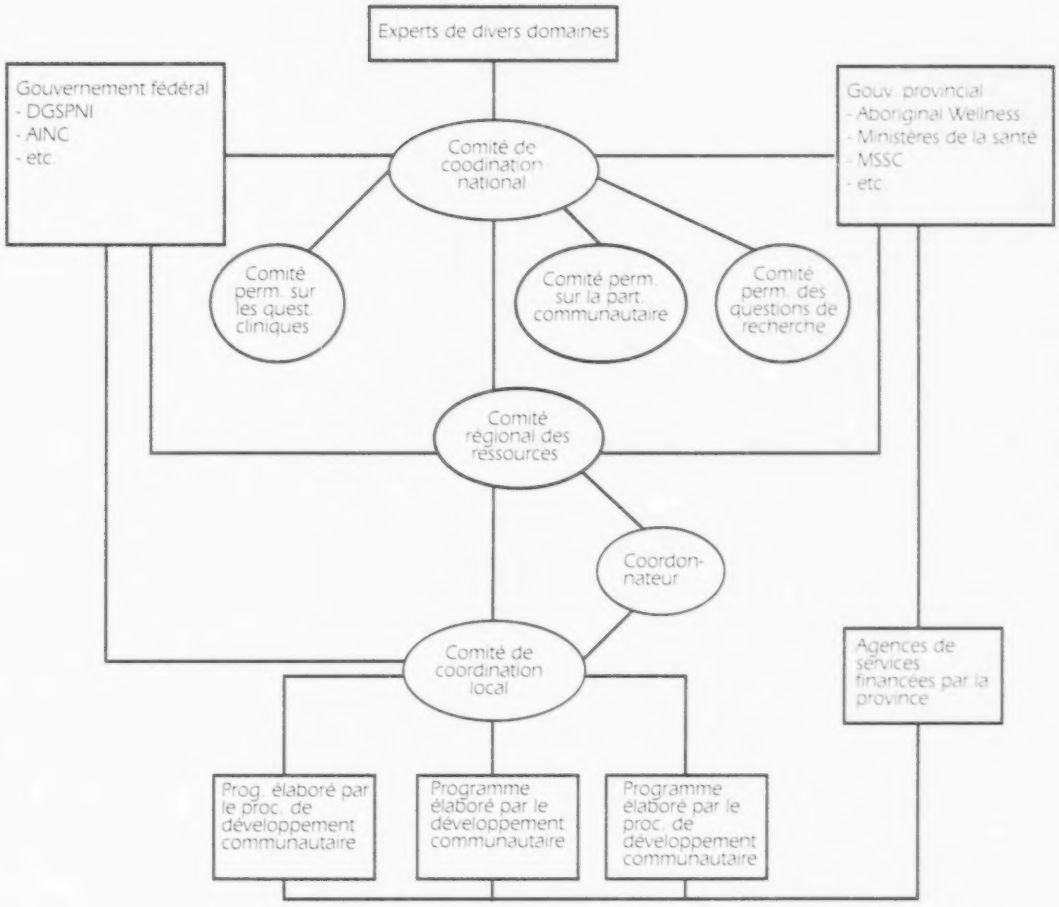


Figure 1

Annexe I

Glossaire

APN : Assemblée des Premières nations. Organisme national qui représente près de 700 000 citoyens canadiens des Premières nations. Il défend et appuie les objectifs, droits, espoirs et valeurs traditionnelles et spirituelles diverses des citoyens des Premières nations toutes générations confondues.

CCPS : Comité consultatif sur la prévention du suicide. Comité de huit scientifiques et praticiens en santé mentale, tant autochtones que non autochtones, établi en 2001 par le chef national Matthew Coon Come, de l'Assemblée des Premières nations et l'ex-ministre de la Santé Allan Rock dans le but de présenter des recommandations sur la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations.

CDC : Les *Centers for Disease Control and Prevention*, qui font partie du *Department of Health and Human Services* du gouvernement américain.

CRPA : Commission royale sur les peuples autochtones. Elle a effectué une enquête exhaustive aux quatre coins du Canada sur les questions autochtones et produit de nombreux ouvrages de recherche, puis en 1996 un rapport en cinq volumes.

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Division de Santé Canada connue auparavant sous le nom de Direction générale des services médicaux, elle travaille auprès des peuples des Premières nations et des Inuits pour améliorer et maintenir leur état de santé.

ICSI : Institut canadien de la santé infantile. Organisme national consacré à améliorer l'état de santé des enfants et des jeunes Canadiens.

ISA : Institut de la santé des Autochtones. Division des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), une agence fédérale chargée de financer la recherche médicale au Canada.

ONSA : Organisation nationale de la santé autochtone. Organisme national fondé et dirigé par des Autochtones, qui se consacre à améliorer la santé physique, sociale, mentale, affective et spirituelle des peuples autochtones.

PNLAADA : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones. Autre programme de santé mentale de Santé Canada qui aide cette fois les travailleurs sociaux et finance les cliniques de traitements pour l'abus de drogues et d'alcool appropriés à la culture gérées par les Premières nations.

Premières nations : Entités précédemment désignées du nom (et reconnues ainsi dans la *Loi sur les Indiens*) en tant que « bandes ».
La clause 35 de la Constitution canadienne protège les droits existants des Autochtones et les traités conclus avec eux, et protège aussi deux autres groupes d'Autochtones distincts, soit les Inuit et les Métis.

SSNA : Services de santé non assurés. Troisième programme de santé mentale fourni aux Premières nations par Santé Canada. En plus de couvrir les services de pharmacie et les fournitures et équipements médicaux, les soins dentaires et les soins de la vue ainsi que le transport pour des raisons médicales, le SSNA couvre aussi certains traitements de santé mentale et des consultations d'intervention d'urgence.

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être rédigé sans l'aide de plusieurs personnes.

Les membres du Comité consultatif sur la prévention du suicide aimeraient remercier Elaine Johnston, directrice de la santé à l'Assemblée des Premières nations, ainsi que Joanne Meyer, assistante spéciale de l'ex-Ministre de la Santé, qui ont au nom de leur directeur respectif joué un rôle crucial dans l'établissement du groupe.

Le groupe désire aussi remercier Nancy Johnson, du Centre for Indigenous Sovereignty, qui lui a été d'une aide précieuse pour l'organisation des réunions et la rédaction des ébauches du rapport, ainsi que Janet Binks, de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, pour ses efforts de coordination des travaux du groupe et pour avoir rassemblé tous les éléments du rapport final.